

Mentalizace v klinické praxi

Barbora Košudová

Referát knih vydaných nakladatelstvím American Association Publishing
Mentalizing in clinical practice John G. Allen, Peter Fonagy, Anthony W. Bateman 2008
Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice, Second edition. Peter Fonagy, Anthony W. Bateman, 2019

Teoretická část:

1. Úvod	2
2. Vyjasnění a překryv pojmů, ostatní PST směry	4
3. Filozofie mentalizace emocí	7
4. Dimenze mentalizace, odraz v neurobiologii	10
5. Stres a nabuzení	13
6. Vývoj mentalizace	16
7. Pedagogická interakce, epistemická důvěra	17
8. Předmentalizační režimy	19
9. Rozdílné vazbové strategie a reakce na stres	21

Praktická část:

10. Trauma, mentalizace a terapie	23
11. Posouzení úrovně pacientovy mentalizace	29
12. Ideální a narušená mentalizace	34
13. Terapie založená na mentalizaci -obecné zásady	36

1. Úvod

Definice mentalizace jako nového konceptu popisujícího již známé procesy v mezilidské interakci.

Mentalizace je uvědomování si stavů myslí jak vlastních, tak druhých lidí. Například když přemýšlíme o pocitech, nebo o myšlenkách, nebo o motivacích druhého: předpokládáme, že druhý má mysl podobnou *ale jinou* než je naše vlastní, uvědomujeme si to, a s tímto uvědoměním dál pracujeme.

Když mentalizujeme, „**máme na myslí**“ **mysl druhého**, jsme účastní našich mentálních procesů a jeho mentálních procesů, vidíme sebe „zvenku“ a druhého „zevnitř“, a jsme v procesu porozumění nedorozuměním.

Podle *Oxford English Dictionary* existují dva významy slova mentalizace:

1. **přisuzovat mentální kvalitu** (např. interpretujeme zamračení druhé osoby jako indikaci toho, že nás odsuzuje)
2. **rozvíjet a kultivovat mentálně** (rozvíjet sebeuvědomování jako se o to snažíme např. v psychoterapii)

Pozor: ne všechny mentální procesy jsou mentalizací, spíše se mentalizace mentálními procesy **zabývá**.

Usuzujeme, že chování je podloženo mentálními stavy, a ty jsou **reprezentační povahy**, tzn. že nějak vypovídají o realitě: pocit vypovídá o nějakém stavu věcí.

Je to také konkrétní rozměr **lidské představivosti**. Zahrnuje pozorování a interpretaci mentálních stavů (pocitů, myšlenek, přesvědčení, tužeb) a snaží se vysvětlit proč lidé dělají co dělají.

Protože je do jisté míry imaginativní povahy, není žádný úkon mentalizace zcela spolehlivý a je vždy **náchylný ke vzniku chyb a nepřesností**. Přesto to lidé dělají pořád, většinu času víceméně automaticky, bez nutnosti většího zamýšlení, a nepřesnosti si dle zpětné vazby a potřeby upřesňují za pochodu.

Kapacita reflektovat významy mentálních stavů, k čemuž běžně vyzýváme pacienty, záleží na vnímání toho, že jsou **reprezentační povahy**, a ještě dále, že **reprezentují realitu pouze z jedné z mnohých možných perspektiv**. Získání tohoto druhu vnímání je významným vývojovým úspěchem. Psychopatologie často vzniká v důsledku omezení základní kapacity reflektovat **reprezentační význam** mentálních stavů.

Běžné příklady mentalizace:

Na straně pacienta:

- Vysvětlení pacienta proč vyhledal psychoterapii a výčet vývoje symptomů.
- Popis pohledu jeho družky na prezentované problémy a zvažování dopadu problémů na blaho jejich dětí.
- Zvažování vlivu vztahů v původní rodině na současné vztahy
- Vyjádření důvodů pro obavy a tíseň plynoucí z aktuálního rozhovoru
- Hodnocení efektu medikace

Na straně terapeuta:

- umožnění pacientovi cítit se bezpečně během sezení
- porozumění významu stresujících životních událostí ve vztahu k traumatu v anamnéze
- formulace diagnostického porozumění a jeho vysvětlení pacientovi
- vysvětlení pacientovi jak by mu konkrétní druh léčby mohl pomoci

- umožnění pacientovi uvědomit si postup nebo regresi v terapii
- Navigování a zvládání pacientových nesnází plynoucích z jeho vlastní zkušenosti nebo chování

V běžných interakcích:

- ujištění vyděšeného dítěte
- dopátrání se co brání v udržení dietních návyků
- pochopení důvodů přemrštěně vzteké reakce na nějaký požadavek
- mediace konfliktů mezi dětmi, přáteli nebo rodinnými příslušníky

Mentalizace je **jedním ze základních účinných faktorů** psychoterapie a je používaná napříč všemi psychoterapeutickými směry. Proces psychoterapie vyžaduje kontinuální mentalizaci jak u terapeuta, tak i u pacienta a efektivní terapie závisí na úrovni mentalizačních dovedností obou.

Úroveň mentalizace se nedá u klinických pracovníků brát jako samozřejmost. Výzkumy potvrzují, že schopnost mentalizace klinických pracovníků může kolísat například i od pacienta k pacientovi, takže zaměření na mentalizaci může potenciálně významně přispět k zlepšení výcviku klinického pracovníka. Terapie se primárně zabývá deficitem mentalizace u pacientů se záměrem podpory mentalizace v každodenním životě, nejenom s cílem léčby psychiatrických poruch, ale zlepšení celkové kvality života.

Mentalizace není nový terapeutický přístup, vychází ze základní lidské kapacity. Umná mentalizace sama o sobě ještě nevyřeší pacientovy problémy, ale může zvýšit jeho schopnost vyřešit je. Pokud je ale narušená schopnost mentalizace v jádru pacientových potíží, můžou se intervence zaměřené na zvýšení schopnosti mentalizace stát hlavní terapeutickou agendou.

Jedná se proto spíše o vytríbení, než o inovaci, o zaměření pozornosti na účinný faktor společný všem psychoterapeutickým směrům.

Proč mentalizujeme?

Abychom se lépe orientovali v sociálním prostředí. Lidské vědomí je formováno a závisí na sociální zkušenosti. Komplexní mentální schopnost sociální imaginace nám umožnila vytvářet koncepty bez ukotvení ve fyzické realitě jako je například právo, morálka, věda etc., které jsou ale závislé na explicitní mentalizaci a vytváření shodného obrazu sdílené reality.

Riziko nastává, pokud jedinec zůstává ve vlastní imaginaci neukotven, bez kontaktu s ostatními a bez možnosti porovnat svoje představy s širším okolím poskytujícím perspektivu, spolupráci, sdílení a útěchu. Tato kreativní, sociálně imaginativní schopnost člověka tím pádem rovněž vytváří půdu pro rozvoj psychopatologie.

Přístup k sociálnímu vědění je zásadní k orientaci v mezilidském prostředí, ale i prostředí vlastního nitra.

2. Vyjasnění a překryv pojmů, ostatní PST směry

Zaměření **pozornosti** na vlastní individuální mentální (nebo i tělesný) stav je velmi podobné bytí v módu **mindfulness**, kde je člověk soustředěn na přítomný okamžik a na všechno, co obsahuje; jedná se o pozorování přítomnosti zvědavým, akceptujícím, nesoudícím způsobem. Je to širší pojem, kde nezáleží na tom, co pozorujeme, ale že pozornost zaměřujeme. Dá se říct, že důležitou částí mentalizace je **mindfulness zaměřená na mysl**. Zároveň ji ale mentalizace překračuje tím, že zahrnuje aktivní přemýšlení nad mentálními stavy a jejich interpretaci a hodnocení, tedy jistou formu **metakognice**, a také aktivní **imaginaci** o vlastních stavech a stavech druhého.

Empatie má k mentalizaci asi nejbližší, jedná se ale o zaměření pozornosti primárně na ostatní s důrazem na emoční stavy. **Emoční inteligence** pojednává o schopnosti mentalizovat emoce, a **vhled** je pak mentální obsah, který je produktem mentalizace.

Mentalizace je tedy inkluzivní pojem pro mentální aktivitu, která je ústřední lidskou činností, a pojem, který se klinicky orientuje na snahu překonat komplexní a mnohvrstevné překážky v sebe-regulaci a ve vytváření stabilních vazbových vztahů.

Příklady mentalizace v různých psychoterapeutických směrech

Psychoanalýza a teorie vazby

Jedna z nosných myšlenek psychoanalýzy ve vztahu k mentalizaci je tvrzení, že **mysl se vyvíjí za frustrace která vzniká během nutnosti čekat**. A tedy, že myšlení vzniká až v **reakci na absenci objektu uspokojujícího potřeby**. Silné impulzy, emoce a potřeby mentalizace moduluje, zadržuje a umožňuje je transformovat ve snesitelné, zvládnutelné prožitky. Schopnost mentalizace se tak dá přirovnat k mentálnímu imunitnímu systému.

Self se vyvíjí přes percepci sebe myslícího a cítícího v mysli druhého člověka. Mysl se nevyvíjí zevnitř, ale zvenku. Nemluvně objevuje svou mysl v mysli pečující osoby. Vývoj mentalizace nemluvně závisí na mentalizaci pečující osoby a probíhá optimálně v kontextu jisté vazby. Bezpečí je předpokladem nejenom svobodného zkoumání možností řešení za nepřízně osudu ale i svobodného volání o pomoc a akceptace pomoci: využití sociálních zdrojů.

Mentalizace je soubor dovedností, které umožňují předvídat vztahy mezi vnějšími situacemi a vnitřními stavy mysli u druhých lidí. Je to variabilní dynamická schopnost závislá na kontextu.

Kognitivní terapie

Kognitivní terapie aktivně a systematicky podporuje mentalizaci vlastních vnitřních obsahů. Techniky se věnují zaměření pozornosti na automatické negativní myšlenky a explorační jejich vlivu na náladu, dokumentaci spouštěčů negativních myšlenek, reflexi prchavých myšlenek a navykých myšlenkových vzorců a to vede k jejich zvědomování. Nedávná inovace v kognitivní terapii zahrnuje do své praxe trénink mindfulness.

Mindfulness podporuje mentalizaci ve smyslu zaměření pozornosti na myšlenky a pocity a na uvědomění nekonečného přílivu mentálních stavů, a zejména na jejich **proměnlivost**. Praktikování mindfulness může rovněž poskytnout jistý **odstup** od mentálních stavů, se kterými mají pacienti tendenci se identifikovat.

Empirické zkoumání validity negativních myšlenek v kognitivní terapii odráží otevřený postoj podporující zvědavost a flexibilitu myšlení charakteristický pro základní mentalizační intervence.

Mentalizační tipy od kognitivního terapeuta:

- úzkost není smrtelná
- úzkost není to stejné jako osobní selhání
- myšlenky nejsou fakta
- emoce nejsou přímé reflexe reality
- když mám úzkost, mám více úzkostných myšlenek
- když jsem více úzkostný, neudělá to ze světa nebezpečné místo
- snaha o kontrolování úzkosti plodí více úzkosti
- musím být ochoten zažívat úzkost abych snížil úzkost

Mentalizační intervence v interpersonální psychoterapii

<p>Povzbuzení afektu zahrnuje způsoby jak pomoci pacientům vyjádřit, pochopit, regulovat jejich pocity, psychoterapie obsahuje emoční učení</p>	<p>Pacient je povzbuzen v přímém vyjádření toho, co bylo bolestivé, neuvědomených nebo potlačených pocitů, terapeutovo explicitní nebo tiché přijetí takových pocitů podporuje jejich vyjádření. Emočně stažení pacienti jsou povzbuzováni ve vyjádření svých emocí. Emočně labilní pacienti jsou podpořeni v zadržení afektů a odložení jejich vyjádření než se trochu zklidní. Tuhle doménu nazýváme mentalizací emocí.</p>
<p>Vyjasňování – restrukturalizace pacientova materiálu a poskytnutí zpětné vazby k zvědomění toho, co komunikuje</p>	<p>To obsahuje- přeformulování řečeného (nebo o to požádáme pacienta), přivedení pacienta k logickým implikacím toho, co bylo řečeno. Zvědomování protiřečení a kontrastů, které si pacient neuvědomuje. Projednávání významů dává na vědomí co je v mysli terapeuta, často s tím efektem, že pacient musí objasnit, co myslel tím, co říkal, aby to bylo druhou stranou pochopeno adekvátně. Takže proces vyjasňování vyžaduje od terapeuta aktivní a reciproční mentalizační výkon.</p>
<p>Analýza komunikace umožňuje pacientovi komunikovat více efektivně detailní revizí problematických konverzací s druhými</p>	<p>Obecně problémy v komunikaci vychází ze selhání jednoho nebo obou partnerů v úpravě pokřivených vjemů a chybných předpokladů. V naší rétorice- mentalizační selhání.</p>

	<p>Komunikační selhání často plynou z nedostatku výslovnosti nebo jasnosti, bezcílné neverbální komunikování často vede k chybnému předpokladu, že bylo něco s partnerem efektivně komunikováno, nebo partnerem pochopeno. Terapeut se rovněž zaměřuje na ticho a na jiné způsoby zavírání komunikace. Všechny tyto intervence vyzívají pacienta vzít do úvahy partnerův pohled a zároveň v procesu zvýšit sebeuvědomění.</p>
<p>Použití terapeutického vztahu je podstatné jako model působení pacientova interpersonálního stylu na druhé. Jedná se například i o možnost přímého projevení negativních emocí.</p>	<p>Pacient je pobízen explicitně na začátku terapie vyjádřit jakékoliv negativní pocity, které by mohli vzniknout ohledně terapeuta nebo terapeutického procesu. Vyjádření takových pocitů připraví půdu pro projednávání a vyjasňování pokřivených vjemů a interpretací. Tento terapeutický proces je příkladem <i>mentalizace přenosu</i>.</p>

Rogersovská psychoterapie

Rogers vyvinul nedirektivní psychoterapii zaměřenou na klienta, kde jedním z hlavních terapeutických cílů je vytvoření vřelého bezpečného vztahu s autentickým porozuměním, ve kterém lze zkoumat mentální obsahy. Základem této terapie je **empatie** a klíčovou intervencí je **objasňování mentálních obsahů**. Udržet autentický, empatický, podporující, nedirektivní přístup není lehký úkol, ale je zásadní pro vytvoření vztahu, který bude podporovat pacienta v prozkoumávání svého nitra. *Mysl je nebezpečné místo a nechcete se tam vydat sami*. Empatií nerozumíme pouze vřelé sympatizování s pacientem a empatie je pouze jednou stranou mentalizace, tou druhou je sebeuvědomění. Spolehlivá empatie je sice nutný ale nedostatečný základ stimulace plné mentalizace. Psychoterapii bychom si mohli představit spíše jako plavání v křišťálově průzračném jezeře, než jako ponoření v teplé vaně. Teplo je jednodušší, ale průzračnost je klíčová pro dosažení změny.

3. Filozofie mentalizace emocí

I když si pod mentalizací můžeme mylně představovat čistě intelektuální aktivitu, v centru efektivní mentalizace lidské zkušenosti jsou emoce. Mentalizace afektu neznamená zaujímat odpojený, intelektuální postoj k emočnímu prožívání, ale dosáhnout jasného vnímání a nazírání emoční zkušenosti v průběhu jejího prožívání. Neznamená to pouze **jasně myslet**, ale i **jasně cítit**. Pokud tedy mluvíme o mentalizaci, mluvíme o mentalizaci emocí.

- **Emoční složky**

Emoce je pojem, který zastřešuje komplexní balíček dílčích složek (vjem, kognitivní posouzení, fyziologické nabuzení, tendence k akci, motorickou expresi – postoj, obličej...), které jsou doprovázeny subjektivními prožitky různých druhů. Všeobecně mluvíme o těchto subjektivních prožitcích jako o **pocitu**, který může popisovat různé emoční aspekty jako např. vjemy, nutkání, etc.

Část tohoto dynamického balíčku je mentalizována – emoční epizody jsou do jisté míry prožívány a rozeznány jako emoční epizody. Běžná otázka „*Jaký z toho máte pocit? Jak vám v tom je?*“ vyzývá k mentalizaci různých aspektů emočního prožitku.

Můžeme říct, že **cítit** emoci samo o sobě je již *implicitní mentalizací*: somato-motorická aktivace propojená s interpretací událostí se proměňuje v emoční mentální stav. Toto uvědomění je pouze začátek procesu, který vyžaduje další zpracovávání, a je základem mentalizace emocí.

- **Záměrnost emocí**

Emoce je určitý způsob vnímání světa, druh posuzování ve smyslu hodnotících odpovědí na situace, které jsou důležité pro osobní cíle a plány. Jedince subjektivně angažují ve světě a slouží ke kognitivnímu ukotvení.

Kognitivní posuzování je integrální součástí emocí jako dynamického procesu ve kterém situace o které tato emoce je a emoce samotná jsou kontinuálně přehodnocovány. Termín „kognitivní“ může být zavádějící, pokud implikuje vědomý a reflektující proces; prvotní emoční posuzování je často rychlou a podvědomou hodnotící odpovědí. A měli bychom mít na mysli, že „kognice“ je emocionální. **Žádná kognice nevzniká bez pocitu, který jí komentuje a označí za více nebo méně hodnotnou.**

Mentalizace emocí je tedy dynamickým procesem kontinuálního emočního přehodnocování ne jenom vyvolávající situace, ale i emočních odpovědí, a dále udržování a šíření pocitů a zpracovávání jejich významů („o čem jsou“).

Intencionální význam emocí spočívá v tom, že každá emoce může být definována svým *formálním objektem*. Formální objekt strachu je něco nebezpečného, formální objekt hněvu je něco útočného. Formální objekt je definován sortou věci, kterou si emoce vybírá nebo sleduje v prostředí. Nejedná se tedy pouze o kognitivní hodnocení. Emoce mají schopnost jistým způsobem **vytvářet realitu**. Udělují hodnotu stejně tak, jako jí posuzují.

- **Adaptivita emocí**

Emoce mají jasný adaptivní význam, který spočívá v jejich instrumentální hodnotě (např. strach a hněv slouží k vyvolání reakce útoku nebo útěku v ohrožující situaci). Pacienti se často

pochopitelně snaží vyhnout nepříjemným emocím, nebo je alespoň umlčet. Důraz na mentalizaci emocí jde proti těmto vyhýbavým tendencím a vychází z přesvědčení, že emoce by měli být kultivovány a rozvíjeny. Nejenom že urychlují adaptivní odpovědi na bázi vnímání, ale také organizují vjemy a soudy.

Individuální rozdíly v emoční adaptivní funkci se zřetelně rýsují jako rozsáhlé a proto je nutné na emoce nahlížet pouze jako na **potenciálně adaptivní**.

Objekty a situace pro nás mají zpravidla emočně *správné* vlastnosti. Hnijící maso **je** nechutné. Něčí arogantní chování **je** protivné. Jako vjemy a soudy, emoce jsou spojené s oprávněnými příčinami. Mají epistemickou roli: naladují nás na svět kolem nás, rychle a spolehlivě nám umožňují vidět věci jaké jsou a reagovat jak bychom měli.

Emoce jako signály jsou k testování reality nepostradatelné stejně, ne-li více, než myšlenky. Zároveň mají ale tendenci zkreslovat stejně tak, jako vyjasňovat! Emoční vnímání má tendenci upravovat epistemickou krajinu tak, aby souvisela s emočním prožíváním. Deprese je notorickým příkladem.

Úkolem mentalizace emocí je zaměření na vjemy, na kterých jsou emoce založeny, stejně tak jako oprávněnost jejich důvodů, posouzení jejich rozumnosti a potenciálně zkreslujícího efektu na vynášené soudy. **Rozumnost je tedy inherentní vlastností emocí**, nikoliv jejich opakem. Hlavním dějištěm, ve kterém chceme pomoci pacientům v mentalizaci emocí, jsou mezilidské vztahy.

- **Mentalizace uprostřed emocí**

Identifikace emocí – označení bazálních emocí, odstínů emocí, výklad vrstev emocí a rovněž emocionálních konfliktů a ambivalence, osvětlení významu emocí ve smyslu současných a minulých vztahů.

Bazální emoce jako strach, hněv, smutek nebo znechucení tvoří skupiny, a zpřesněná identifikace obsahuje zachycení té *správné* emoce z takové skupiny (např. skupina hněvu: frustrace, rozmrzelost, naštvání, podrážděnost, pobouření, nasranost...).

Rovněž zřídka kdy jediná emoce zahrnuje celou reakci na situaci. Běžně je na pozadí hněvu strach, a stud hněv vzbuzuje.

Častým důvodem pro *aporetické* cítění („nevím co cítím“ – vágní, neformované, matoucí cítění) je přítomnost konfliktních pocitů. Např. propletenost nenávisti a lásky.

Modulace emocí – modulaci si často spojujeme s modulací **směrem dolů** u rozvratně intenzivních emočních odpovědí (typicky zuřivost a děs), které jsou protikladné k mentalizaci. Modulace ale může znamenat i **prodloužení** či **zesílení** emočního stavu k zamezení vyhýbání se a potlačování emocí a umožnění jejich mentalizace – vytvoření potenciálu ke zpracování významu.

Důležité je zde naučit pacienty schopnosti zapojit se do **řešení** konfliktů ve vztazích **v průběhu rozvoje konfliktů**. Vyjádření nevole v průběhu jejího cítění je efektivnější v ovlivnění druhého než pouze její zmínění odtažitým způsobem poté, co proběhla, nebo hůře, hromadění odporu, který eventuálně exploduje v zuřivost.

Modulace zahrnuje přehodnocování významu a ceny jednotlivých emocí. Emoce se nemění, ale *mění se interpretace jejího významu*. Tento proces vyžaduje mentalizační postoj.

Vyjádřování emocí může následovat po identifikaci a modulaci a je možné je vyjádřit ven, nebo dovnitř – to obsahuje *volbu* nesdělít přímo co cítím, pokud to situace vyžaduje (není to to samé co potlačení, emoci vyjadřuji pro sebe). Dále v kontextu vazbových vztahů slouží vyjadřování emocí k jejich modulaci tím, že může vést reciproční mentalizací k jejich dalšímu objasnění a regulaci.

- **Vlastní působení v mentalizaci emocí**

Mentalizace emocí vyžaduje vnímání **vlastního aktérství** – hlášení se k emocím jako k vitálním aspektům sebe, oproti pouze pasivním reakcím ve smyslu vášně (passion). Působení je evidentní v práci s emocemi – v jejich porozumění, regulování a vyjadřování. Jedná se o namáhavou mentální práci, zejména pokud jsou emoce intenzivní nebo nechtěné.

Dále můžeme na emoce nahlížet jako na **strategie**. Někdy můžou být vědomě cílené a relativně záměrné (např. pokud člověk kultivuje hněv za účelem zastrašení a šikanování ostatních, aby dosáhl svého), jindy může být strategie automatická (útěk ve strachu) nebo nevědomá (podrážděný manžel trestá manželku depresivními proklamacemi a vynětím se z kontaktu). Tyto strategie se mohou výrazně lišit svou adaptivní efektivitou. Vztek může být například odůvodněně spravedlivý, nerozumně malicherný, nebo nepřiměřeně hrozivý.

Aktérství implikuje odpovědnost a mentalizace její vnímání zvyšuje. Ptáme se „*Proč to dělám? Co tím sleduji?*“

Další rovina hodnoty emocí je **existenční**: Důvodem proč máme emoce je abychom zlepšili a obohatili náš život; pomáhají nám ze života vytěžit to, co chceme. A to vyžaduje mentalizaci. Šťastný život s emoční integritou není život bez konfliktů, ale život ve kterém člověk moudře reguluje emoční konflikty ve spojení se svými nejnítěrnějšími hodnotami.

Jaké lepší aspirace můžeme pro psychoterapii mít?

4. Dimenze mentalizace, odraz v neurobiologii

1. automatická/ kontrolovaná
2. já/druhý
3. vnitřní/ vnější
4. kognitivní/ afektivní

Těchto osm dimenzí mentalizace bylo vytvořeno pro lepší porozumění mentalizačnímu procesu. Je potřeba brát na vědomí, že se jedná o domnělé dimenze, které mají **neurobiologický základ** v strukturně-funkční dynamice nervových systémů v mozku.

V určitých situacích aktivita každého tohoto nervového systému s ostatními systémy kooperuje nebo jim konkuruje. Konkurence nebo kooperace vzniká mezi automatickou a kontrolovanou dimenzí, a zahrnuje obsah více interní (myšlenky, pocity) nebo externí (pozorování, postoj), je založená na perspektivě (já/druhý) a zaměřená na kognitivní nebo afektivní charakter vnímaného. I když toto spárování dimenzí představuje opoziční stavy, je potřeba brát v potaz, že se všechny k sobě vzájemně vztahují a jsou **úzce propojené**.

Je to rovněž pouze jeden ze způsobů, jakým se dá kategorizovat zpracovávání informací v mozku, a výzkum v této oblasti nadále probíhá (například výpočetní neurovědy atd.). Nicméně se tyto kategorie, jakkoliv jsou nepřesné, jeví jako dobře klinicky uchopitelné a využitelné k částečnému praktickému porozumění fungování mysli.

Co nám ukazuje neurovědecký výzkum je, že **nervové dynamické systémy, které jsou zapojené v mentalizaci** umožňují mysli:

- rozlišit realitu od psychického nitra a fantazií
- udržet vzniknuvší ztělesněné já, které umí být efektivně činné
- zažívat interakce jako smysluplné
- zapojit se do přijímání perspektiv a do imaginativního přemýšlení

Funkce hlavních mozkových struktur, které se podílejí na mentalizaci	
Struktura	Funkce
Gyrus fusiformis	Identifikace lidí
Sulcus temporalis superior	Vnímání působení a intence chování
Amygdala	Přidělování emočního významu k chování
Temporální póly	Vytváření sémantických kontextů pro chování
Zrcadlové neurony	Rezonance se sledovanými akcemi a emocemi
Přední insula	Prožívání a sledování bolesti a znechucení
Přední cingulum	Ovládání kontroly pozornosti, kognice a emocí
Orbitofrontální kůra	Sledování změn v posílení mentálních událostí
Mediální prefrontální kůra	Vědomá mentalizace

Automatická vs. kontrolovaná mentalizace

Kontrolovaná (explicitní, volná) mentalizace je vývojově mladší, zahrnuje relativně pomalé procesy, které jsou většinou **reflektující**, verbální a vědomé, vyžadují pozornost, úmysl a snahu. Klade vysoké nároky na exekutivní funkce a na používání jazyka. Centra zodpovědné za tuto dimenzi jsou laterální a mediální prefrontální kůra, laterální a mediální parietální kůra, mediální temporální lalok a rostrální přední cingulum.

Opačným pólem je **automatická** (implicitní) mentalizace zahrnuje mnohem rychlejší zpracovávání sociálních informací, je **reflexivní**, často reaguje na afekt a nevyžaduje, resp. vyžaduje velmi málo pozornosti, uvědomování nebo záměru, je náchylná k zaujatosti a zkreslení. Odehrává se ve vývojově starších částech mozku: amygdala, bazální ganglia, ventromediální prefrontální kortex, laterální temporální kortex a dorsální přední cingulum.

V každodenním životě je mentalizace obvykle automatická, protože většina běžných interakcí nevyžaduje velkou pozornost. Zejména, pokud v mezilidské rovině vše běží jak má, není volná mentalizace nutná, a může být za určitých okolností v interakcích kontraproduktivně těžkopádná. Pokud si to ale situace vyžaduje, je za normálních okolností člověk schopen „zapnout“ kontrolovanou mentalizaci.

Obtíže nastávají ve chvílích, kdy se člověk spoléhá výlučně na jeden pól mentalizace, nebo mezi těmito dimenzemi nezvládá přepínat.

Stres a vzrušení zejména ve vztahovém kontextu stimulují automatickou mentalizaci a dokonce **inhibují** její **explicitní složku**, což může ve stavech zvýšeného emočního nabuzení činit značné obtíže v porozumění a reflektování toho, co se děje.

Na druhou stranu explicitní reflexe je v kontaktu s realitou pouze, pokud je založená na bázi intuitivního vnímání mentálních stavů.

Perspektiva já vs. druhý

Kapacita mentalizovat svůj vlastní stav a kapacita mentalizovat stav druhého člověka jsou úzce propojené. Vědomí self a mentalizace se vyvíjí v kontextu vztahové vazby (dítě zrcadlí a internalizuje schopnost vazbové osoby reprezentovat a reflektovat mentální stavy). Navíc obě kapacity jsou lokalizovány ve stejných nervových centrech:

Sdílený reprezentační systém – automatictější, spoléhá na viscerální rozpoznání mentálních stavů, které nastává při pozorování ostatních – **empatie** (emoční rezonance přes zrcadlové neurony)

Systém přisuzování mentálních stavů – kontrolovanější, spoléhá na symbolické a abstraktní zpracovávání mentálních stavů.

Není proto divu že pro poruchy s nejvíce narušenou self-identitou (HPO, psychózy) je charakteristické významné selhávání v reflexi mentálních stavů ostatních lidí. Není to však pravidlem, například lidi s antisociální poruchou osobnosti mohou být často překvapivě zdatní v mentalizaci ostatních, ale chybí jim kontakt s jejich vlastním vnitřním světem.

Vnitřní vs. vnější

O mentálních stavech můžeme vyvozovat závěry na základě vnějších projevů a chování a nebo můžeme *předpokládat* vnitřní stav druhé osoby na základě informací, které už o dané osobě máme, a situace, ve které se nachází.

Vnitřní – porozumění své vlastní mysli a mysli ostatních přes přímé zaměření na mentální interiéry. Je to kontrolovanější referenčně imaginativní proces odehrávající se v mediální frontoparietální nervové síti.

Vnější – porozumění sobě a ostatním na základě vnějších projevů (pozice, kterou zaujmají, výraz obličeje, prozodie), odehrává se v laterální frontotemporo-parietální síti (automatictější)

Někteří pacienti mají vážné problémy s porozuměním vnitřních stavů ostatních, ale jsou supercitliví na externí signály jako je výraz obličeje nebo tělesné postavení a tím budí dojem, že jsou v porozumění ostatním „zběhlí.“

Pokud jsou nejistí ve zpracovávání své vlastní zkušenosti a nemají jasno v tom, co prožívají, jsou více závislí na externích ukazatelích a baží po signálech od okolí. Jsou pak citlivější na pozorovatelné chování ostatních.

Pacienti s HPO jsou např. citlivější na jemné změny ve výrazech obličeje (*borderline empathy paradox*), ale mají tendenci „hypermentalizovat“ emoce u ostatních, protože externí signály, kterým věnují zvýšenou pozornost, pak zůstávají nefiltrované kontrolovanou reflektující mentalizací, což způsobuje zvýšenou zranitelnost a přecitlivělost v sociálních situacích (např. zamyšlené zamračení terapeuta je vyloženo jako hněv na pacienta a znechucení pacientem).

Kognitivní vs. afektivní.

Kognitivní složka mentalizace je závislá na schopnosti pojmenovat, rozpoznat a analyzovat mentální stavy: „*co to je, o co se jedná*“. Uvažování například o víře či touze, získávání perspektivy. Je lokalizována v několika oblastech v prefrontální kůře.

Afektivní složka mentalizace je naopak porozumění pocitům v těchto stavech: „*jaké to je*“. Mentalizace afektu – prožívání pocitu a přemýšlení o něm – je předpokladem pro autentické prožívání sebe a pro empatii s druhými. Je lokalizována převážně ve ventromediální prefrontální kůře.

5. Stres a nabuzení

Optimální emoční nabuzení pracuje ve prospěch funkční mentalizace. Neoptimální nabuzení (příliš nízké, nebo příliš vysoké pro individuální práh) jí ruší.

Tento princip je jednoduchý na povrchu, ale variace afektivního nabuzení v terapeutické situaci může být nepatrná, nebo naopak intenzivní, rychlá a těžce předvídatelná, a je závislá od konkrétní psychopatologie jedince. Navíc ve spouštěcích emočního nabuzení potkáváme velké individuální rozdíly.

Neurologický výzkum zobrazovacími metodami (fMRI) potvrdil, že ve chvíli velkého emočního nabuzení dochází k přepnutí z prefrontálně řízeného pomalého kontrolovaného režimu na subkortikálně řízený rychlý, automatický, reflexivní režim zpracování informací.

Toto biobehaviorální **přepnutí** mezi kontrolovanou a automatickou mentalizací je **závislé na míře rozrušení** a míře **připoutání** ve vztahu.

Ohrožující podněty, tíseň, ale i motivační nabuzení (např. chuť, chtíč), ať už jsou generovány zvenku nebo zevnitř, *adaptivně* vypnou pomalé zpracování informací provozované prefrontální kůrou v prospěch biobehaviorálních systémů rychlé reakce (*fight/flight/freeze/fawn/fuck*).

Jeden z faktorů vzniku psychopatologie je vychýlení prahu pro toto přepnutí, což ovlivní prefrontální funkce a s nimi i možnost regulace aktivovaného afektivního systému. Zobrazovací metody ukazují, že na vazbě závislý mezilidský stres může vést k částečné deaktivaci okruhů sociálního poznání a tím je ohrožen efekt mentalizace na zmírnění stresu. Nabuzení v kontextu důležitých vztahů je biologicky podmíněno neuropeptidy (opioidy, oxytocin, vasopresin) a je dále modulováno HPA (hypotalamo-hypofýzo-adrenergní) osou.

Jistota vazby má **protektivní funkci** zvyšováním odolnosti vůči stresu zejména přes anyxiolýzu a podporu důvěry (působí hlavně přes oxytocin a vede k adaptivnímu snížení aktivity HPA osy). Na druhou stranu stres a obezřetnost v mezilidském kontaktu vedou k chronicky zvýšené aktivaci HPA osy, což může způsobovat náchylnost k vzniku psychopatologie.

6. Vývoj mentalizace

Attachment a rodičovství

Potenciál mentalizovat mají do jisté míry vrozený všichni, rozvoj této schopnosti je dále zásadně ovlivněn sociálním prostředím a zejména vztahovou vazbou na pečující osobu. Z výzkumů napříč vědními disciplínami mezi antropologií a neurovědou víme, že nezralý mozek savce ho kvůli potřebě přežít vede k hledání blízkosti s vazbovou osobou, která poskytuje péči a regulaci afektu. Motivace rodiče a dítěte k vytváření a udržování této vazby je podporována dopaminergním a oxytocinergním systémem. Rané zkušenosti modelují růst mozku, který se vyvíjí primárně **vlivem sociálního prostředí směrem k fungování v daném individuálním sociálním prostředí.**

Vytváření vztahu a reciprocity a jejich kvalita se na biologické úrovni odehrává souhrou několika mozkových oblastí: sub-kortikální oblasti (amygdala, hypothalamus), striatum a síť neokortikálních regionů (přední cingulum, mediofrontální a orbitofrontální kůra).

Důsledkem **dostatečně dobré péče** děti s bezpečnou vazbou čerpají výhody nejenom z fyzické, ale i psychické blízkosti vztahové osoby, mají tendenci vyvinout si lepší mentalizační dovednosti v dětství, jsou schopnější vytvářet domněnky o ostatních a empatizovat s vrstevníky, mají důvěru, smysl pro řád a lépe komunikují.

Takováto péče, uspokojování základních potřeb a vytváření vztahové vazby je umožněna dobře definovanými procesy v mozku rodiče. Jedná se zejména o neurální síť aktivační a pozornostní (přední insula a dorzální část cingulum anterior), které rodiče motivují (systém odměny) a stimulují jeho kapacitu pro reflexi důležitých signálů nemluvněte.

V raném období zásadně záleží na tom, jestli jsou mentální stavy dítěte adekvátně pochopené pečujícím, pozorným a neohrožujícím dospělým, např. pokud zrcadlí emoční reakce způsobem, kdy je vyjádřeno rozeznání a porozumění emočního stavu dítěte a zároveň předána dovednost zvládnání tohoto emočního stavu. Pečující dává najevo, že **rozeznává dítě jako mentálně aktivní a učí ho o jeho vnitřním stavu.** Tímto si dítě zvnitřňuje reprezentaci svých subjektivních zkušeností, vytváří vlastní identitu a v návaznosti na to může rozvinout vyšší odolnost, afektivní regulaci a lepší sebekontrolu.

Základní nervový aparát, který se vyvine v citlivém období vazby matka-nemluvně, bývá dále přepracováván pozdějšími vztahy, protože **mozek je plastický.** Tzn. psychoterapie v ideálním případě má vliv na pozitivní změny v mozkových strukturách.

Spojená pozornost

Vnímání sebe se vyvíjí zvenku dovnitř. Pojetí self a emoční zdatnost vznikají nejdříve přes jejich vnímání a založení pečující osobou.

V interakci s okolím zažívá nemluvně nejdříve sebe jako objekt pozornosti. Nemluvně rovněž jedná tak, aby zaměřilo pozornost ostatních na sebe, když vidí, že tato pozornost polevuje. Ve druhé polovině prvního roku vzniká **triangulační vnímání pozornosti** (self, druhý člověk a třetí objekt, např. hračka). Dítě začíná vnímat, že druzí mohou ke třetím objektům

přístupovat jinak, než oni. Máma reaguje na hračku jinak, než dítě. Triangulace zahrnuje sdílení a srovnávání zkušenosti s druhým člověkem.

Důležitý aspekt této funkce je **sociální reference**: dítě kontroluje emoční reakci matky na nový objekt a na základě této reakce vyhodnocuje, zdali má tento nový objekt vnímat jako zajímavý nebo nebezpečný. Rovněž ale dítě již vnímá *jaký emoční postoj druhá osoba zajímá k němu*. Uvědomování, jak se druzí kolem mě cítí, vytváří základ pro vývoj postojů k sobě a jevů jako ostýchavost nebo vnímání vlastní hodnoty.

Dále se dítě učí zaměřit pozornost ostatních na třetí objekt (ukazování prstem). V asi 18 měsících si již kontroluje, zda je na ně pozornost druhého zaměřená, předtím, než prstem ukáže. Toto uzmutí a zaměření pozornosti druhé osoby má i zvědavou funkci, má cíl získat od druhého o daném objektu informace.

Dítě se v tomto prvním období naučí vnímat sebe jako člověka mezi ostatními lidmi. To je již základem vývoje implicitní mentalizace.

Jazyk

Základní schopnost mentalizace je klíčová pro osvojení si jazyka a vývoj jazyka je zase základ pro rozvoj **explicitní mentalizace**. Jazyk se vyvíjí při aktu společného zaměření pozornosti na třetí objekt. Máma mluví o objektu na který již dítě zaměřuje pozornost.

Děti začínají rozvíjet kapacitu pro explicitní mentalizaci jakmile se učí používat slova pro popisování mentálních stavů. Učí se rozlišovat mezi tím jaké jsou věci ve světě kolem a jak jsou reprezentovány v mysli, když začínají správně používat slova jako „*myslet si*“, „*vědět*“, „*tušit*“, „*zapomenout*“.

Rovněž se učí verbálně popisovat emoční stavy. Když nerozvinou dostatečnou slovní zásobu pro popis emočních stavů, mají v tomto směru rovněž nedostatečné možnosti emoční odpovědi na situace. Jedinec s emočním jazykovým rozsahem omezeným na dva stavy (cítím se dobře a cítím se špatně) bude mít rovněž omezený rozsah subjektivního prožívání emocí co do variability a hloubky. Extrémním omezením emočního vnímání je *alexithymia*.

V terapii mimo jiné terapeut přivádí pacienty k nalézání správných pojmů pro pocity, které prožívají, a tím zvědomuje, obohacuje a prohlubuje jejich subjektivní prožívání.

Teorie mysli

Od druhého roku věku děti začínají mentalizovat z **teleologického pohledu**. Rozumí, že cílené chování vychází z mentálních stavů, například touhy, chtění, záměrů; mají implicitní pochopení pravdivých a nepravdivých přesvědčení a učí se jazyk k popisu těchto stavů. Rozlišují mezi existujícím stavem a žádoucím stavem a rozlišují časové vztahy minulosti, současnosti a budoucnosti. Ještě ale neoddělují mentální stavy od reality.

Důležitým milníkem ve vývoji mentalizace je vytvoření **teorie mysli**. Kolem 4–5 roku života děti už rozumí, že druhý člověk má odlišné porozumění situaci, než oni sami. Můžeme to ověřit úkolem chybného přesvědčení (*false-belief task*). Této explicitní mentalizace mladší děti ještě nejsou plně schopné.

Na stole leží krabička od pastelek, badatel se zeptá dítěte, co je v krabičce. Dítě řekne, že pastelky. Pak badatel otevře krabičku a jsou v ní malé svíčky. Dítě je překvapeno a vezme tuto skutečnost na vědomí. Posléze badatel krabičku zavře. Do místnosti vstoupí další osoba (např. plyšák, Méďa). Badatel se zeptá, co si myslí Méďa, že je v krabičce. Dítě, které má vytvořenou teorii mysli odpoví, že pastelky, protože Méďa neviděl, že tam jsou svíčky. Mladší dítě odpoví svíčky, protože si zatím neumí představit, že to Méďa vidí jinak.

Dítě tedy postupně přepne z **teleologického režimu** do **reprezentační teorie mysli** ve které mentální stavy slouží reprezentačnímu účelu, což celkově změní konceptuální vnímání mysli a osvobodí ji od reality. Vyvine se kapacita pro předstírání a hru na něco. Nastává uvědomění, že mentální stavy neodráží realitu, **mentální stavy jsou vytvářeny myslí**, a vyvíjí se kapacita pro mentální reprezentaci vlastní mysli (**meta-reprezentace, metakognice**), přijímání jiných úhlů pohledu a možnost větší kognitivní a afektivní seberegulace.

Takto plně rozvinutá mentalizace u dětí je spojená s empatickým chováním, dobrými vztahy s vrstevníky, složitou imaginativní hrou, vyšší konverzační plynulostí a sociální kompetencí. Tato meta-reprezentace dále umožňuje uvědomit si, že chování nevychází pouze z přechodných mentálních stavů, ale i z trvalých osobnostních dispozic, což poskytuje základ vytváření self-konceptu.

Sebe-reprezentace se nakonec (kolem 6. roku věku) organizují do životopisného příběhu a mentalizace umožňuje chápání druhých na základě jejich příběhů.

Rozvíjení mentalizace sebe a ostatních se zvyšující přesností, rozmanitostí a flexibilitou je však celoživotní úsilí.

7. Pedagogická interakce, epistemická důvěra

Učení o mysli vlastní a o ostatních myslích je specifický způsob **sociálního učení** překračující učení jen metodou pokus–omyl nebo pozorováním, které je praktické zejména v operativních úkonech, kdy druhý nedává instrukce. Tato kapacita sociálního učení je mnohem efektivnější v předávání složitých kulturních informací jako například *jak a proč používat příbor, proč nebrat druhým hračky* etc.

Schopnost zaujímat tento pedagogický postoj vzniká z vrozených předpokladů jako preference očního kontaktu a preference jisté specifické intonace hlasu matky. Matka vysláním těchto signálů dává najevo, že jde poskytnout dítěti důležitou informaci, a vyzývá dítě k zaujetí postoje, ve kterém bude připraveno tuto informaci přijmout a zvnitřnit. (Matka naváže oční kontakt s dítětem, zvedne obočí, nakloní trup směrem k dítěti, osloví ho jménem, a používá konkrétní tón hlasu, tzv. „*materština/motherese*“).

Jakmile je dítě ve stavu připravenosti, učitel poskytuje v ideálním případě relevantní informace mentalizací: ví, co už dítě ví a co ne, a zároveň prezentuje svoje vědomosti způsobem pochopitelným pro dané dítě.

Tento úkon je svévolný na straně učitele, a vyžaduje **energii, pozornost, kognitivní výkon, a vztahovou motivaci**. Vyžaduje tedy pečující osobu, která o nemluvněti a jeho mentálním stavu aktivně přemýšlí, což bývá charakteristické pro bezpečnou vazbu.

Stav vnímavosti dítěte k takovému učení v kontextu bezpečné vazby se nazývá *epistemická důvěra*.

Epistemická důvěra je otevřenost poznávat, otevřenost přijímat sociální vědění které je osobně **relevantní** ale obecně uplatnitelné. Je založená na vnímání pečovatele jako **důvěryhodné** osoby. Na základě sociálního učení získaného tímto způsobem se pak člověk může orientovat v sociálním prostředí, zvýšit výhody kooperace s ostatními a využívat sociální imaginaci konstruktivně. Přístup k sociálnímu vědění je zásadní k orientaci v mezilidském prostředí ale i vlastním nitru.

Emočně naladěný pečovatel intuitivně učí dítě o jeho subjektivních emočních stavech. Emoci zrcadlí a označí, aby bylo jasné, že se jedná o vnímanou emoci dítěte. Rozeznává komplexnost a emoční působení dítěte, interpretuje signály, toleruje vyjádření širokého spektra emocí, odpovídá na ně proporcionálně a nedotěrně a toto všechno dělá dostatečně často na to, aby to bylo vnímáno dítětem jako konzistentní.

Toto označování a zrcadlení emocí formuje základ **mentalizace emocí** a tím základ pro afektivní regulaci a kontrolu impulzů: pocity jsou rozeznatelné, nemusí být odehrávané a mohou být verbálně sdílené s okolím.

Naopak, konzistentní a závažná pochybení v tomto zrcadlení pečující osoby vedou k narušení důvěry v relevantnost pečovatele a k narušení kapacity pro reflexi svých vnitřních stavů – jejich nedostatečná validace okolím vede k **nepřijetí a odcizení** vnitřních stavů.

Vzhledem k tomu, že mentalizace není nikdy stoprocentně přesná, takováto pochybení jsou na denním pořádku a všichni máme nementalizované mentální obsahy.

Nejistá vazba je riziková pro vznik soustavně nedostatečného naladění pečovatele na dítě, vznik neadekvátních a zavádějících pedagogických interakcí, a učení chybných informací o okolí a i o sobě.

Jedinci, které sociální zkušenosti přivedly do stavu chronické **epistemické nedůvěry/ ostražitosti**, si představují záměry komunikující osoby spíše jako škodící. V klinické situaci budou vypadat rigidně, tvrdohlavě, rezistentně k přijímání nových informací, nebo dokonce jako schválně nespolupracující. Novou informaci spíše vyhodnotí jako škodlivou nebo nerelevantní a nezvnitřní si ji. Budou spíše ignorovat důkazy spolupráce nebo podpory od okolí a nadále se budou cítit opuštěně, podvedeně.

Důležité stádium ve vývoji a specializaci sociálních systémů v mozku je adolescence. V tomto období je zejména mozek jedinců s již sníženou kapacitou mentalizace obzvláště zranitelný vinou sociálních nároků a snížené schopnosti se s nimi vypořádat.

Psychopatologie jako například v případě hraniční poruchy osobnosti vzniká kombinací biologické náchylnosti a vlivu okolí. Nezvnitřněné a odcizené mentální stavy dominují subjektivní zkušenosti natolik, že není dostatečně založeno a vnímáno vlastní já, a tlak na externalizaci mentálních stavů vede k řadě patologických symptomů.

8. Předmentalizační režimy

Pokud mentalizace selhává, což se děje u řady patologických stavů ale i například při intenzivní emoční aktivaci či intenzivním stresu, uchyluje se myšlení k vývojově starším **předmentalizačním režimům**:

Režim psychické ekvivalence

V tomto módu velmi malé dítě (cca zoměsíční) dává naroveň vnitřní svět a realitu. Svět je takový, jak ho mysl reprezentuje, a alternativní pohledy není možné vytvořit. *Když si myslím, že je příšera ve skříni, je příšera ve skříni.*

Myšlenky a pocity jsou vnímány jako **příliš intenzivně reálné**, spíše než jako prchavé proměnlivé subjektivní události na poli mysli, jakákoliv pochybnost je pozastavena a převládá pocit naprosté jistoty o reálnosti subjektivní zkušenosti. Tento stav mysli může být extrémně děsivý a vést k zdánlivě neopodstatněně dramatickým reakcím. (Často může být zažíván u HPO, u pseudopsychotických stavů a u fyzicky přesvědčivých vzpomínek při PTSD).

Teleologický režim

Stavy mysli jsou rozeznatelné a **uvěřitelné pouze pokud mají fyzicky viditelný výsledek**. Například náklonnost je rozeznána pouze pokud je její vyjádření doprovázeno doteky nebo hlazením.

Pacient, který zažívá selhání mentalizace a spadne do teleologického režimu, může tohle vyjádřit odehráváním dramatických scén za účelem získání odezvy od ostatních, jejichž verbalizace starosti o pacienta není brána jako důvěryhodná. Do tohoto režimu často spadají pacienti, kteří se nevyrovnaně kloní k **vnějšímu pólu** dimenze mentalizace vnitřní–vnější, jsou pak nastavení porozumět jednání a záměrům ostatních i sebe pouze v rovině toho, co fyzicky dělají. (*Např. negativní pocity HPO jsou vyjádřené řeznými ranami*).

Režim předstírání (pretend mode)

Tento režim osvobozuje děti od módu psychické ekvivalence. Ve hře děti udrží vědomí, že jejich zkušenost nezrcadlí vnější svět. Ale tento mód dítě udrží pouze pokud je předstíraný svět zcela separovaný od vnější reality.

Pokud se do tohoto režimu dostane jedinec za selhání mentalizace, jsou **vyjádřované myšlenky a pocity zcela odpojené od reálného prožívání**. V extrémních případech to může vést k *derealizaci* a *disociaci*. Pacienti diskutují o zážitcích bez kontextu a jakéhokoliv zasazení do fyzické reality. Terapeutická práce s nimi může vypadat jako zdlouhavé diskuze o vnitřním prožívání, které nemá nic společného se skutečným vnitřním prožíváním pacienta.

Pacient, který vykazuje výborné kognitivní porozumění mentálním stavům, ale slabé porozumění afektivní, pravděpodobně **hypermentalizuje**. Toto se jen obtížně odlišuje od skutečné mentalizace, ale většinou to zahrnuje zdlouhavé vyprávění bez reálného afektivního základu, a přesto, že se jeví, že pracujeme s někým s výjimečnou mentalizační kapacitou, po chvíli si uvědomíme, že *nejsme schopní rezonovat s pocity v jádru* jeho mentalizačních pokusů.

Navíc, protože v tomto režimu nejsou žádné skutečně prožívané emoce, které by pacienta brzdily, může svou kognitivní kapacitu zneužívat ve svůj prospěch na úkor druhých. (Např. k získání péče, soucitu, kontrole nebo vytváření nátlaku).

Tyto nementalizační režimy jsou vytvářené narušením rovnováhy mezi mentalizačními dimenzemi. Psychické ekvivalenci se nelze vyhnout, pokud emoce dominují kognici. Teleologický režim vyvstává z extrémního zaměření na vnější aspekty mentálních stavů a zanedbání vnitřních. Režimu předstírání a hypermentalizaci se nelze vyhnout, pokud není dostatečně založena reflektující explicitní mentalizace.

V terapeutické praxi je důležité tyto 3 režimy u pacientů identifikovat, protože jsou často spojené s tlakem na externalizaci nementalizovaných (odcizených) vnitřních stavů a to je podkladem psychopatologických jevů.

Psychoterapeut replikuje vývojový proces mentalizace, aby pomohl pacientovi v mentalizačním režimu fungovat konzistentněji. Pomocí empatie pacientovi adekvátně reflektuje jeho emoční stav a zakládá pedagogickou interakci s naladěním na pacientovu mysl.

Psychoterapeutický proces se může vymknout v případě, že terapeut vyjádří intenzivní a neoznačenou reálnou emoci s rizikem eskalace pacientova stavu (podpoří odehrávání afektů), nebo vyjádří emoci nekongruentní s pacientovou emoci s rizikem internalizace cizí zkušenosti – pacient, který takovouto interakci ještě neumí přímo korigovat, ji přinejlepším bude ignorovat.

Tyto interakce se dějí v kontextu spojené pozornosti, kde pacient je objekt pozornosti obou, terapeuta i pacienta, a vice versa. Implicitní a explicitní emoční komentář ideálně podporuje emoční povědomí o sobě a projevech ve vztahu. Aby tato výměna vedla ke změně, musí probíhat v režimu mentalizace: **flexibilně ukotvená v realitě bez toho, aby byla příliš intenzivně reálná, nebo příliš odpojená od reality.**

Psychoterapeutovy intervence by měly být vývojově jenom mírně nesouhlasné s pacientovou zkušeností. V zájmu posunout pacienta dopředu by měly být pouze o kousíček před ním, poskytující pouze nutné lešení terapeutovou vlastní mentalizací.

9. Rozdílné vazbové strategie a reakce na stres

Jak bylo již zmíněno v předchozí kapitole, přílišné nabuzení snižuje efektivitu mentalizace – aktivuje totiž automatickou reflexivní mentalizaci na úkor její vědomé verbální reflektující složky. Má to jasný význam pro přežití (aktivace rychlého systému útok/útěk), ale v komplexních sociálních situacích má takové automatické zpracovávání informací mnoho nevýhod, zejména u lidí, kteří mají pro toto přepnutí nízký práh. Specifickým druhem stresu, který vyvolává tuto reakci je stres mezilidský a reakce na něj bude značně odvislá od vazbové strategie jednice.

Vazbové strategie

- **Jistá vazba**

Kapacita uchovat vysokou úroveň mentalizace i v situacích vysokého nabuzení a obnovit kapacitu mentalizace relativně rychle, jestli byla přechodně narušená. Kombinace jisté vazby a vysoké úrovně mentalizace je typicky spojená s cyklem posilujícím jistou vazbu a pocitem vlastní schopnosti jednat, pěstuje autentický zájem o ostatní lidi a otevřenost novým sociálním informacím a kontextům a tím dále posiluje epistemickou důvěru a **salutogenezi** – kapacitu využívat pozitivní aspekty prostředí. Z toho plyne **odolnost** – schopnost se popasovat s nesnázemi. Typické je v těchto případech vyhledávání ostatních lidí („*relationship recruiting*“) a schopnost nechat ostatní, aby jedinci kalibrovali mysl adaptivním způsobem.

Existují 3 případy, kdy bude mentalizace narušená v kontextu jisté vazby. Poprvé je to aktivace **zamilovanosti**, podruhé aktivace ohrožením vztahu: **separace**, potřetí se můžeme v bezpečném vztahu vyhnout **potřebě** mentalizace (není potřeba se vyrovnávat s ohrožujícími a stresujícími interakcemi).

- **Hyperaktivační vazbové strategie (typické pro úzkostnou vazbu)**

Pacienti s touto strategií mají rovněž tendenci vyhledávat druhou osobu ve chvíli rozrušení, ale vnitřně jsou přesvědčení, že druzí tam pro ně nebudou, že nakonec je odmítnou a opustí. To často ústí v zoufalé snahy nalézt oporu a úlevu, a v dožadující se postoj, tedy kladení domněle opodstatněných vysokých požadavků a nároků na druhou osobu. Hyperaktivační vazbové strategie jsou spojovány s **nízkým prahem pro deaktivaci mozkových struktur odpovědných za kontrolovanou mentalizaci** a pacienti jsou citlivější na vnější znaky opuštění a odmítnutí, vyžadují také delší dobu pro obnovení mentalizace a často zažívají závažné poklesy v kapacitě mentalizovat.

Tato strategie se vyvíjí jako pokus dítěte vyvolat podporu, lásku a péči u pečujících osob, jejichž dostupnost není konzistentní (např. rodiče alkoholici).

- **Deaktivační vazbové strategie (které jsou typické u vyhýbavé a odmítavé vazby)**

Zde je charakteristické popření vztahových potřeb, často se silnými proklamacemi vlastní autonomie, nezávislosti a síly tváří v tvář stresu. Vyvíjí se jako odpověď na (vnímanou) nedostupnost pečujícího.

Tyto osoby jsou často schopné udržet kontrolovanou mentalizaci a mají tendenci rychle poklesy v mentalizaci vyrovnávat, proto se může jevit, že jsou vysoce schopní mentalizace, ale

jedná se spíše o pseudomentalizaci: zejména v kontextech výrazného nabuzení se jejich mentalizace stává **příliš kognitivní bez afektivního základu**. Tato nevyrovnanost mezi kognitivní a afektivní složkou je základem pro **režim předstírání**. Nereflektují opravdově co cítí oni nebo druzí v dané situaci, a často vypravují komplexní historky o tom, co se jim stalo, bez afektivního ukotvení v realitě. Tento typ mentalizace je typický pro jedince s narcistní poruchou osobnosti nebo pro jedince s funkčními somatickými obtížemi.

Navíc, jakmile rozrušení vzrůstá, deaktivační strategie typicky selžou, což má za následek **zaplavení potlačenými pocity nejistoty a negativními self-reprezentacemi**.

V terapii je proto nutné zvýšit hladinu rozrušení k zpochybnění těchto deaktivačních strategií a zhodnocení pacientovy mentalizace. Typicky to zahrnuje dotazy na afektivně vysoce nabitá témata jako separace a ztráta.

Během diagnostiky je důležité věnovat pozornost **somatickým známkám emocí** jako je pocení rukou, sevření pěstí, motání hlavy – tak je možné odhalit nesrovnalosti mezi zdánlivě komponovaným a koherentním příběhem a historkou v módu předstírání.

Často je přítomná diskrepance mezi afektivní intenzitou tématu a klidem, se kterým ho pacient popisuje, případně připisování očividných známek rozrušení externím faktorům. („*Najednou se mi motá hlava, ale je to proto, že jsem dnes neměl snídani*“) nebo neumí vysvětlit co se mu děje („*Nemám zdání co se to se mnou děje, nikdy předtím jsem to nezažil, to musí být náhoda*“).

Většinou neumí poskytnout detaily o vazbovém vztahu, nebo jsou protichůdné. „*Vždy jsem měl dobrý vztah se synem*“ vs. (na dotaz jak interakce běžně probíhaly) „*Často jsme se hádali ohledně jeho nezájmu o školu*“.

- **Dezorganizovaná vazba**

Pacient používá v konfrontaci se stresem jak hyperaktivační, tak deaktivační vazbové strategie a často je střídá, čímž bývá značně matoucí. Pacient přepíná mezi značně sníženou mentalizací a hypermentalizací v řádu sekund.

Sekundární vazbové strategie brzdí behaviorální systémy spojené s psychickou odolností, jako je zkoumání a druzení, a limitují epistemickou důvěru a salutogenezi. Jedinci pak často používají prementalizační režimy (psychické ekvivalence, teleologický, předstírání) a mají tendenci **externalizovat nementalizované obsahy**, což vede k pseudomentalizacím:

Pseudomentalizace (mentalizace výrazně sebestředná, nepravděpodobná, nepřesná)

1. **intruzivní** – člověk prostě ví, co si ostatní myslí, ostatní to často považují za nerespektující, dotěrné
2. **hypermentalizační** – mentalizace přehnaně detailní, oddělená od (afektivní) reality
3. **destruktivně nesprávná** – souvisí s explicitním nebo implicitním indukováním emocí u ostatních (vina, stud, oběť–pachatel), jde o popírání vnitřních stavů ostatních lidí a nahrazování vlastními konstrukty: „*Chceš mě zničit, jsem si tím jistý. Nezapírej. Není možné abys to jakkoliv mohla kdy popřít.*“
4. **odmítnutí mentalizace** – člověk odmítá reflektovat mentální stavy

10. Trauma a mentalizace

Trauma je rozvratnou zkušeností, která přispívá k širokému spektru emočních a funkčních obtíží napříč diagnózami a je velmi náročné ho léčit zejména ze 3 důvodů:

1. Vliv traumatických zážitků na **vztahovou vazbu**, která je bazální biobehaviorální systém hrající klíčovou roli v regulaci emoční tísně
2. Tyto zážitky mají efekt na další **problémy v mentalizaci**
3. Dopad traumatu může přispívat k **epistemické nedůvěře** (uzavření mysli před možností přístupu k ostatním myslím jako k důvěryhodným zdrojům informací k orientaci v sociálním prostředí)

Pojítka mezi traumatem a posttraumatickým neadaptivním vývojem neleží v přítomnosti *zranitelnosti* (faktory, které způsobují, že je člověk náchylný k emocionálním problémům), ale v **nepřítomnosti odolnosti** (faktorů, které přispívají k zvládnutí nepříznivých událostí).

Jednotlivé traumatické zážitky normálně vedou k adaptivní reakci; pro neadaptivní reakci (např. PTSD) je typické trauma v anamnéze. Podle výsledků výzkumů se pouze u části lidí, kteří zažili extrémní nebo život-ohrožující situaci, vyvinuly dlouhodobé emoční problémy s touto událostí související, typicky měli v anamnéze předchozí trauma, nebo omezené emočně regulační a sociálně-podpůrné strategie.

Termín komplexní trauma většinou zahrnuje vazbovou traumatizaci na kterou se nabalují další traumatické zážitky.

Terapie zaměřená na mentalizaci má dobré výsledky u poruch, u kterých je typické komplexní trauma – např. HPO, jiné poruchy osobnosti, ale na bázi komplexního traumatu můžou vzniknout i afektivní poruchy, funkční poruchy, zneužívání návykových látek, PPP či psychotické poruchy. Ukazuje se, že vysoké procento pacientů s těmito poruchami (u každé poruchy se liší procento, u *deprese a úzkosti* např. 30–70 %) má v anamnéze jistý druh traumatu.

Trauma může být považováno za ekofenotyp, který pak určuje vývoj nemoci (věk, ve kterém se rozvine psychopatie, tíže symptomů, vysoká míra komorbidit, vyšší riziko sebevraždy, a horší odpověď na terapii). Komorbidita mezi běžnými mentálními poruchami je spíše normou, než výjimkou.

Brzké traumatické zážitky jsou spojované s narušenou funkcí HPA osy a parasympatického systému což má dlouhodobé důsledky v odpovědi stresového systému a dále neurotransmiterových systémů, imunitního systému, a systémů zpracovávajících bolest.

Vývoj systému odpovědi na stres je u lidí tvárný a náchylný na vlivy zvenku do brzké dospělosti. Velká míra nepříznivých okolností v tomto období dohromady s nejistou vazbou vede k hyperaktivitě HPA osy, což znamená dále chronické přetížení a časté přepínání do hyporeaktivity (zamrznutí).

Pokud je vazbová osoba nespolehlivá, jedinci začnou přehnaně využívat sekundární vazbové strategie (hyperaktivační a deaktivační), avšak **vazbové trauma** vzniká za specificky destruktivní situace, kdy je pečující osoba zdrojem **bezpečí, lásky a péče a zároveň zneužívání a zanedbávání**. Dítě zůstává uvězněno v konfliktu přibližování-vyhýbání .

Vyhledávání druhých v nesnázích je značně limitováno a tím pádem je omezen i proces vyladění vlastní mysli pomocí mysle ostatních lidí.

Systémy	Důsledky traumatu
Vazbová strategie	Zvýšené spoléhání na sekundární vazbové strategie: riziko zvyšující dysregulace stresové odpovědi, pocit izolace, opuštění, zanedbání
Mentalizační kapacita	Tendence k předmentalizačním režimům, které dominují subjektivní zkušenosti a vedou k pocitům beznaděje a děsu (psychická ekvivalence), zvyšují riziko sebepoškozování (teleologický model) a dissociace (model předstírání), to vede k vysokému tlaku externalizovat nementalizované obsahy, stejně jako odehrávání a opakování traumatických zkušeností
Kapacita pro epistemickou důvěru	Eroze epistemické důvěry a v závislosti na závažnosti rané nepřízně vývoj epistemické nedůvěry, epistemické ostražitosti nebo epistemického zamrznutí; porucha sociální komunikace a salutogeneze, vyloučení možnosti vyladění mysli za pomoci ostatních

Vazbové trauma narušuje kapacitu zarátovat a přerátovat ohrožující zážitky. Nesnáze se stanou traumatické pouze ve chvíli, když jsou doprovázené pocitem, že mysl je sama a není schopná myslet si nemyslitelné a cítit co cítit nelze. V tu chvíli je potřebný druhý člověk, který tyto nementalizované obsahy označeně zrcadlí a poskytne přítomnost druhé mysli, která nabídne sociální referenci. (To většinou vyžaduje validující a pečující trpělivé zkoumání, při kterém je nakonec možné dopátrat se označení dané zkušenosti.) Tím pak pomáhá nastolit pocit vlastní schopnosti a kontroly.

Trauma typicky narušuje schopnost mentalizace. V módu psychické ekvivalence je všechno příliš reálné a vede k znovuprožívání traumatu při jeho vyprávění a k pocitům zaseknutí v bolestivé minulosti a přítomnosti. Pokud je bolest spojená s toxickým studem, často to spustí teleologický režim, během kterého člověk cítí že pouze činy můžou přinést úlevu (může vést k sebepoškozování, pití alkoholu, etc.). S ruminacemi a vtíravými myšlenkami je zase spojen režim předstírání. V extrémních případech nastávají disociativní stavy, které chrání před pocity vnitřní zkaženosti a bezcennosti.

Mysli druhých lidí, kteří interagují s traumatizovaným člověkem, mají tendenci „zmrznout“, což dále přispívá k pocitům izolace a beznaděje v získání pomoci.

Mít vazbovou osobu s robustní kapacitou mentalizovat je v tomto bodě zásadní. Děti matek, které mají vysokou míru používání reflexe ve vztahu k svému prožitému traumatu, mají o polovinu nižší pravděpodobnost dezorganizované vazby.

Děti, které zažily zneužívání v rámci rodiny mají mnohem menší schopnost reflexe oproti dětem, které byly zneužívány mimo rodinný kruh. Používání reflexe u matek je přímo úměrné používání reflexe u dětí.

Princip **Znovuodehrávání traumatu** (*reenactment*) v průběhu života jedince, je postaven na teorii, že lidé vytváří vnitřní modely kognitivně-afektivních schémat sebe a ostatních, které jsou založené na předchozí zkušenosti a poskytují **šablonu** pro budoucí interakce. Znovuodehrávání se děje ve třech podobách:

Reviktimizace: Jedinec nevědomky vyhledává vztahy charakteristické fyzickým, emočním, nebo sexuálním zneužíváním, často obsahující odmítnutí, opuštění, a zanedbávání.

Být v zneužívajícím vztahu pro dítě znamená nejenom výrazné utrpení a úzkost, ale i **intenzifikaci vztahových potřeb**, což znamená, že vztah s vazbovou osobou je často paradoxně posílen, zejména pokud zneužívající osoba je zároveň zdrojem utišení, podpory a lásky. Tento vzorec je pak opakovan v pozdějších vztazích například s majetnickými, žárlivými a zneužívajícími partnery.

Opětovné odehrání zanedbávání: Jedinci, kteří prožili zanedbávání, jsou zvýšeně citliví na jakékoliv známky **odmítnutí**. Drobné nedorozumění, neshody a konflikty jsou prožívané s extrémní dysforií a následované agresivním nebo sebepoškozujícím chováním.

Agrese chrání před bolestivějšími pocity smutku a úzkosti a dává pocit koherence. Takovéto mstící se modely můžou být setrvalé a jedinec je závislý na lidech, které vnímá jako zanedbávající nebo zneužívající: agrese se stává navyklou reakcí na nementalizované stavy mysli.

Opětovné odehrání traumatizace vazby: Emocionální stavy v dítěti (pláč nebo i štěstí) traumatizovaného jedince spouštějí nementalizované emoční stavy související s jeho vlastní traumatickou historií (závist, vztek, sadistický chtíč) a tyto jsou dál odehrány ve vztahu k dítěti.

V terapii s traumatizovanými pacienty je konstantní riziko **sekundární nebo zprostředkované traumatizace** opětovným odehráváním ve vztazích k druhým. Trauma je spojeno s tlakem na externalizaci toho, co nemůže být mentalizováno (cítěno a myšleno). Všechny efektivní psychoterapie mají společné to, že pomáhají člověku přemýšlet nad tím a cítit to, co doposud nebylo možné promyslet a procítit. Nabízejí bezpečný kontext a vztah, aby se člověk necítil, že je v tom sám.

Trauma typicky poškodí kapacitu pro epistemickou důvěru a otevřenost. Vede k epistemické obezřetnosti nebo dokonce zmrznutí. Dítě je rozsáhle nebo zcela zbaveno zážitku toho, že mysl pečující osoby je benigní, spolehlivý a soucitný zdroj vědění. Mysl je pak uzavřená novým informacím, zejména pokud jsou nabízeny osobami, které proklamují, že se jim dá věřit (policisti, učitelé, pomáhající profese).

Tato strategie je adaptivní, vytvořená adekvátně jako odpověď na sociální prostředí, ale časem ohrožuje sociální učení, odolnost a salutogenezi.

Trauma v klinické situaci

Zatímco pacienti s méně závažnou vazbovou traumatizací mohou těžit ze širokého spektra intervencí, protože jejich kapacita pro sociální komunikaci a salutogenezi zůstala relativně zachovalá, nejzávažněji postižení pacienti potřebují nejdříve vybudovat vztahové napojení na terapeuta, které je schopno znovu (často vůbec poprvé v životě) nastolit epistemickou důvěru.

Za terapeutickou změnu u těchto pacientů zodpovídají 3 systémy komunikace. Efektivní terapie aktivuje všechny 3 systémy, které na sebe navazují a zároveň se cyklí.

Komunikační systém 1 – učení

Nabízení přesvědčivého modelu k porozumění své vlastní mysli je klíčový element všech efektivních terapií traumatu. Terapeut **zrcadlí a označuje** některé aspekty pacientových zkušeností a **validuje** je, což způsobuje pocit schopnosti a větší kontroly na straně pacienta a oslabuje epistemickou obezřetnost nebo zamrznutí.

Terapeut opatrně a konzistentně modeluje, empaticky podporuje a vytváří půdu pro pacientovu mentalizaci. Nejdůležitější je, že terapeut zaujme přístup vyjadřující, že se **nebojí pacientových obsahů, ale upřímně se o ně zajímá**, bez ohledu na to, jak jsou bolestivé nebo nesnesitelné. Tedy implicitně a explicitně komunikuje, že jeho **mysl je k dispozici** a schopná tolerovat, zvládnout a reflektovat myšlenky a pocity, které jsou pro pacienta nesnesitelné – že v tom není sám.

Mentalizační intervence typicky hledají práh přepínání, kde mentalizace kolabuje do nementalizačních režimů, co se většinou děje při diskutování blízkých a problematických vazbových vztahů. Pozornost ale není zaměřovaná na obsah dynamiky, ale na **nastolení mentalizace** za účelem zlepšení regulace emocí, epistemické důvěry, a ultimátně mezilidských vztahů.

Komunikační systém 2 – znovuobjevení solidní mentalizace

Proces porozumění a zarámování traumatu zvyšuje vnímání vlastního aktérství a subjektivity. Pokud je podložen vzájemnou spolupracující sociální komunikací, jako je tomu v normálním vývoji, objevuje se solidní mentalizace. Stejně jako se terapeut zajímá o pacientovu mysl, tak se pacient začne zajímat rovněž a dál i o mysl terapeuta. Začne aplikovat vědění, které nabyt, v každodenním životě, a **zvyšuje svoji kapacitu reflektovat o sobě a o ostatních** čím dál tím sofistikovanějšími a diferencovanějšími způsoby, což vede k zvyšování zvládnání emočních stavů a adaptivní regulaci mezilidských vztahů.

Komunikační systém 3 – objevení sociálního učení

Relaxace epistemické obezřetnosti v kombinaci se zvýšenou schopností mentalizace vede k objevení kapacity pro sociální učení a salutogenezi. Pacient se zajímá o mysl druhých a učí se

od ostatních, kteří jsou (ideálně) epistemicky důvěryhodní; toto pomáhá pacientovi více se otevřít pozitivním vlivům, které jsou přítomny ve vnějším světě.

Tento často dlouhý a bolestivý proces závisí rovněž na schopnosti pacienta **vytvářet a spoléhat se na neškodlivé sociální prostředí**.

V těchto pozdějších stádiích se může terapie primárně zaměřovat na pomáhání pacientovi změnit své prostředí (ukončování specifických vztahů, experimentování s novými způsoby vztahování se k ostatním, změna práce etc.). Tato změna je často náročná pro pacienty s vazbovým traumatem, protože se naučili nevěřit nikomu a vždy byli v zanedbávajících nebo zneužívajících vztazích.

Principy mentalizační terapie traumatu:

- vytvoření bezpečného vztahu
- zvládání úzkosti a disociace
- společné formulování zakázky
- psychoedukace o traumatu a mentalizaci
- validace a normalizace pocitů ve vztahu k traumatu
- mentalizace traumatických zkušeností (microslicing) a jejich osobních důsledků
- zvýšení emoční regulace
- oslovení mezilidských vztahů

1. Psychoedukace – s pacientem je probrán vliv komplexního traumatu na mentalizaci, problémy s emoční regulací a na mezilidské vztahy. Toto podporuje mentalizaci a pocit schopnosti něco s tím dělat.

2. Validace a normalizace emocí – pacienti vyrůstají s pocitem, že to, co zažili, přesahuje cokoli, co zažili jiní lidé, a nemohou o tom mluvit (to je podpořeno studem a úzkostí), zároveň ale považují okolnosti ve kterých vyrůstali za „normální“ a mají pocit, že musí být schopní je snášet.

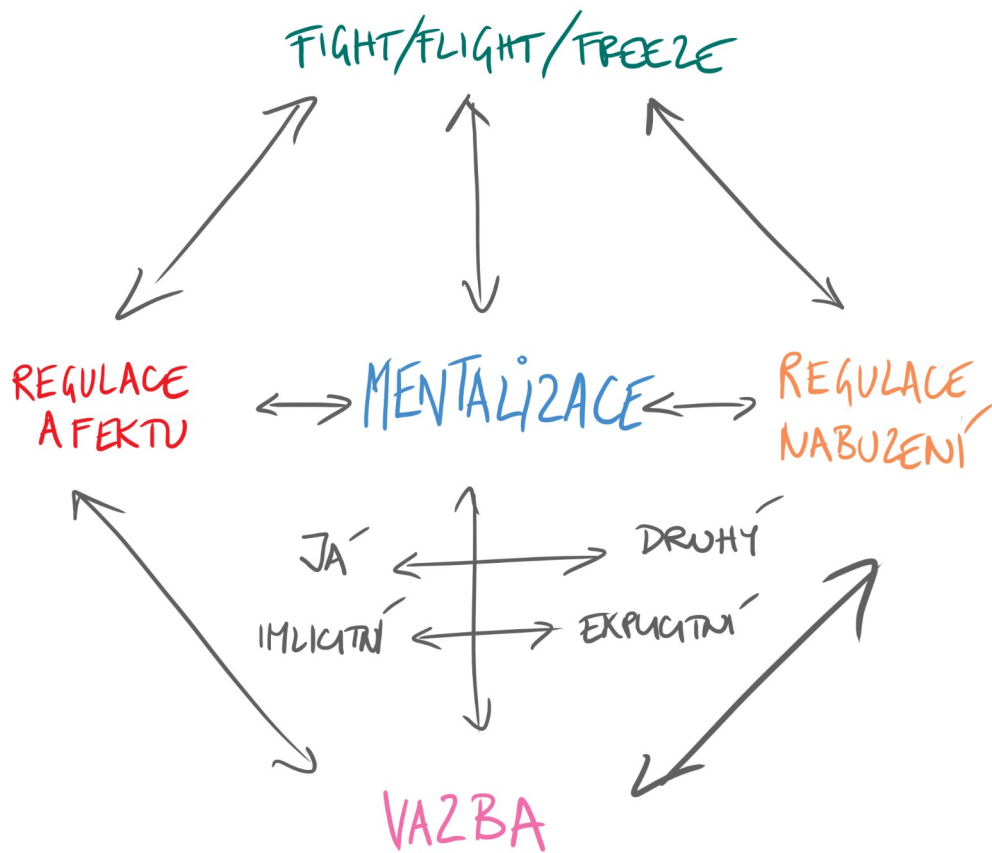
Validování pacientových pocitů jako pochopitelné odpovědi na trauma má často velký vliv na více rovinách (vzájemné porozumění, emoční propojení v terapeutickém vztahu, zvýšení epistemické důvěry, podpoření mentalizace), zejména navození pocitu, že se někdo může upřímně o pacienta zajímat a je schopen mu opravdu porozumět.

3. Mentalizace traumatických zkušeností a jejich vlivu – proces se spíše než na traumatický obsah zaměřuje na mentalizaci, tento vliv vede k většímu uzemnění v realitě a k možnosti vývoje adaptivnějších způsobů nahlížení na svou minulost a na její vliv v současnosti. Specifické události by měly být rozděleny do dílčích elementů oproti jejich probírání v celku aby se předešlo přehnané úzkosti.

4. Zlepšování strategií emoční regulace – o čem se předtím nedalo přemýšlet a mluvit může být více mentalizováno a tím pádem se zmírní maladaptivní emoční regulace, protože není nutná externalizace nementalizovaných obsahů.

5. Podpora změn v mezilidských vztazích – terapeut podporuje a pomáhá s ukončováním problematických vztahů a experimentováním ve vytváření nových vztahů.

Obrázek: Vzájemné ovlivňování vztahové vazby aktivace stresového systému, mentalizace a afektivní regulace:



11. Posouzení pacientovy úrovně mentalizace

Úroveň mentalizace může být ovlivněná různými faktory, např. motivací, osobností, kognitivní kapacitou, aktuálním emočním stavem nebo mírou připoutání k dané osobě.

K posouzení obecné úrovně pacientovy mentalizace sledujeme:

1. úroveň mentalizace v situacích s různou mírou rozrušení.
2. mentalizaci v novém kontextu terapeutického vztahu.
 - Vykazuje pacient povědomí o mentálním stavu terapeuta? (*Např. pacient varuje terapeuta, že jde sdělit něco těžkého nebo šokujícího, nebo naopak verbalizuje takové prožitky bez zaměření na to jak to může působit na druhého; někteří pacienti předpokládají, že terapeut ví všechno, co ví pacient, a sdělují zážitky nebo lidi bez kontextu a vysvětlení – typicky u HPO*)
 - Zajímá se pacient o to, co si terapeut myslí, a je otevřený novým pohledům?
 - Umožní pacient terapeutovi podílet se na regulaci stresu a rozrušení, pokud nastane? Směřuje k eskalaci situace, pokud terapeut validuje nebo normalizuje prožitky, nebo ke zklidnění a opětovnému nastolení mentalizace?
3. individuální rozdíly v zaujímání sekundárních vazbových strategií
4. mentalizaci v průběhu probírání specifických témat:
 - historie původních a současných vztahů a problémy v nich zažívané. (Příklad náročných dotazů s tendencí zvýšení emočního rozrušení: *„Máte představu proč vaši rodiče/partner takto jednali? Myslíte, že to co se vám stalo v dětství, je nějak propojené s tím, jaký jste v dospělosti? Jak se od dětství změnil váš vztah k rodičům? Jak jste se od dětství změnil? Jak jste se cítila, když to vypadalo, že vaši rodiče preferují vaši sestru před vámi? Myslíte, že vaše výchova souvisí s vašimi aktuálními problémy?“*)
 - aktuální symptomy, např. vidí pacient souvislost mezi tendencí se sebepoškodit a tím, co se děje na úrovni jeho mentálních stavů? Vedou takové dotazy ke ztrátě mentalizace? (*„Proč se mně ptáte na takové věci? Nevidím v tom žádný smysl! Myslíte že je to všechno moje chyba?“*) Je schopen obnovit mentalizaci s jiným tématem?
5. používání reflexe:

Škála pacientova používání reflexe:

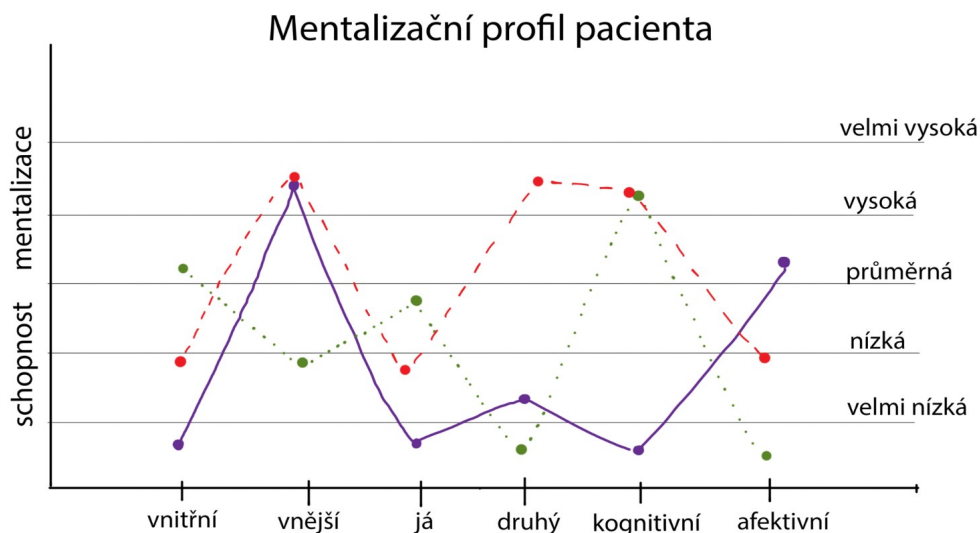
 - 9 – plné nebo výjimečné:** odpovědi značí výjimečnou sofistikovanost, jsou překvapivé, komplexní, propracované a konzistentně manifestují uvažování o kauzalitě mentálních stavů.
 - 7 – zřetelné:** četné prohlášení indikují plné používání reflexe a povědomí o charakteru mentálních stavů, jsou přítomné explicitní pokusy o pochopení mentálních stavů skrytých za chováním.
 - 5 – určité nebo průměrné:** několik případů používání reflexe, pokud je k tomu pacient vyzván.
 - 3 – sporné nebo nízké:** nějaké známky braní mentálních stavů na zřetel, i když na celkem základní úrovni.
 - 1 – chybějící ale nezavržené:** používání reflexe zcela nebo téměř zcela chybí.
 - 1 – negativní:** pacient systematicky odmítá zaujmout reflektující postoj.

Vnější projevy úrovně mentálního zpracování

úroveň	příklad
Rozvratný impulz relativně nezvládnuté, nementalizované zážitky, často charakterizované nezastavitelným puzením něco dělat	Agresivní chování, sebepoškozování, náhlé záchvaty bolestí hlavy nebo nauzey
Modulovaný impulz o něco lépe zvládnuté a adaptivnější vyjádření afektu	Záchvat nevysvětlitelného pláče, nebo fantazie o tom, že někoho uhoďm
Externalizace – mentální reprezentace přání nebo afektivního stavu ve formě zřeknutí – ústící v projekci nebo atribuci externí situaci	Hněv je brán pouze jako důsledek provokace druhým, nebo tvrzení, že kdokoliv by se cítil stejně v dané situaci
Apropriace – znamená plné přivlastnění tužeb, afektů za subjektivní, a subjektivně tolerovatelné zkušenosti	Připsání fyziologického nabuzení úzkosti a obecněji identifikování a pojmenovávání specifických emočních stavů
Smysluplné asociace – abstraktní a reflektující stádium vyžadující komplexní verbální reprezentaci kterou získá mentální zkušenost hloubku	Vhled – ne intelektualizace, ale příklady reflexí souvisejících s pravou emoci ve které pacient získává novou perspektivu

Rozlišujeme schopnosti pacienta mentalizovat mezi jednotlivými dimenzemi.

Někdo bude mít narušenou kapacitu v jedné dimenzi mentalizace s plně zachovanou kapacitou pro jinou. Terapie by měla cílit na dosahování rovnováhy mezi jednotlivými dimenzemi. Můžeme vytvořit **mentalizační profil** pacienta na základě jednotlivých dimenzí. Na obrázku jsou typické mentalizační profily u jednotlivých poruch osobnosti:



HPO — hraniční porucha osobnosti

NPO narcistická porucha osobnosti

ASPO - - - - antisociální porucha osobnosti

Vnitřně a ven zaměřená mentalizace

- povědomí o vnitřních a vnějších charakteristikách sebe a ostatních a o vztahu mezi nimi
- citlivost na vnitřní a vnější charakteristiky sebe a ostatních
- schopnost vnímat a opravit vstupní dojmy založené na vnějších charakteristikách a umožnění ostatním aby je napravili („Když jsem ho poprvé potkala, měla jsem pocit, že není možné mu věřit, ale potom jsem si uvědomila, že mám předsudky, něco v jeho hlase mi vadilo a mně došlo že mi připomínal někoho s kým jsem měla v minulosti nedorozumění.“)
- „Jak se nyní cítíte? Vypadala jste, že jste se zatřásla, když jste mluvila o svém šéfovi, co to znamená?“

Mentalizace sebe a ostatních

- egocentrismus (vidět ostatní ze svého pohledu) oproti jistému stupni kontroly nebo inhibice vlastní perspektivy
- zranitelnost k přebírání emocí (rozpuštění konceptu mne a sebe ve vztahu k mentálním stavům, ztrácení se v mentálních stavech ostatních) oproti defenzivnímu odpojení od mentálních stavů ostatních
- reaktivita na protichůdné pohnutky a flexibilita přepínání mezi perspektivou sebe a druhého
- schopnost integrovat implicitní vědění s více reflektujícím věděním o sobě a ostatních
- „Když se na vás tak podíval, co jste si myslela, že si o vás pomyslel?“
„Nějakou dobu jste nyní mluvila o sobě, jak si myslíte, že cítil on ohledně celé té situace?“

Kognitivní a afektivní mentalizace:

- tendence vidět čtení myšlenek jako intelektuální, racionální hru
- tendence pro buď kognitivní nebo afektivní hypermentalizaci (pseudomentalizaci)
- tendence být zaplaven emocemi při přemýšlení o stavech mysli
- schopnost mentalizace afektu a ztělesněné mentalizace sebe a ostatních

Automatická a kontrolovaná mentalizace:

- Vyskytují se globální nedostatky mentalizace (značná automatická mentalizace založená na zkresleném vnímání sebe a ostatních), a nebo částečné obtíže?
- Vyskytují se značné nesrovnalosti mezi mentalizací v nestresové situaci oproti stresové situaci, a nebo je úroveň mentalizace přibližně stejně vysoká nebo nízká v obou případech?
- Jak výrazné je selhání mentalizace pod stresem?
- Jaký je čas na obnovení kontrolované mentalizace?
- Je zachována schopnost pro vlastní korekci nebo korekci ostatními i pod vysokým stresem?
- Je přítomná dostatečná nebo realistická jistota v kontaktu s terapeutem? (Např. pacienti mohou být v rámci sezení pořád pod velkým stresem a být pořád ve střehu, nebo naopak mít nerealistický pocit bezpečí jakoby terapeuta znali roky.)
- Existují specifické vazbové vztahy nebo kontexty, které vedou k selhávání mentalizace?

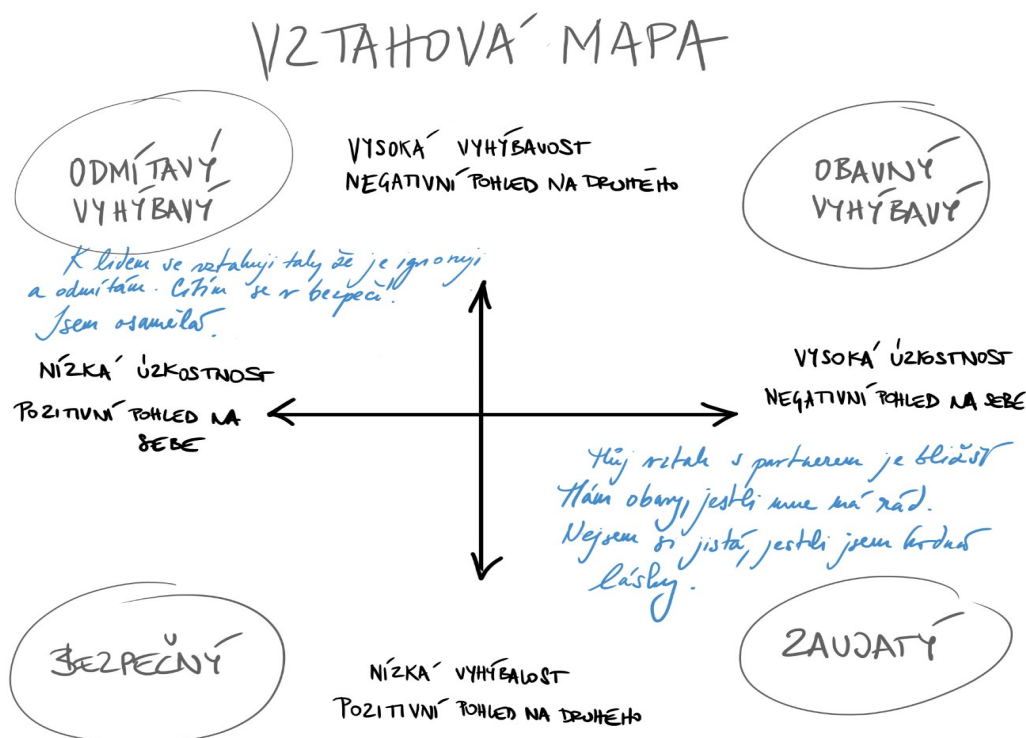
Všimáme si parametry přepínání mezi kontrolovanou a automatickou mentalizací:

1. testujeme **práh** pro aktivaci přepnutí mezi kontrolovanou a automatickou mentalizací
2. souvislost mezi hladinou **nabuzení** a intenzitou přepínání, aktivační gradient
3. **čas** potřebný k obnově kapacity pro kontrolovanou mentalizaci

Terapeut aktivně posiluje emoční prožívání k otestování limitů kontrolované mentalizace. Parametry se mohou měnit v kontextu různých vztahů, můžeme dle typu vazbových strategií sestavit vztahovou mapu pacienta. Máme na paměti, že případy aktuální mentalizace, která reflektuje dění v rámci sezení, o schopnosti mentalizace vypovídají lépe, než retrospektivní analýza.

Vazbová strategie	Práh pro přepínání	Síla automatické odpovědi	Obnovení kontrolované mentalizace
jistá	vysoký	přiměřená	rychlé
Hyperaktivační (úzkostná)	nízký	silná	pomalé
Deaktivační (vyhýbavá)	relativně vysoký, snížená odpověď; selhání při zvyšujícím se stresu	slabá, ale přiměřená až silná při zvyšujícím se stresu	relativně rychlé
dezorganizovaná	nekoherentní, často nízký, ale vyskytují se zuřivé pokusy o regulaci	silná	pomalé

Příklad vztahové mapy:



Všimáme si preferovaný nementalizační režim

Nementalizační režimy (prementalizace, pseudomentalizace):

- režim předstírání (uvažování o mentálních stavech bez propojení s realitou) „*bullshitting*“ hovadiny
- režim psychické ekvivalence: „*Nemiluješ mě, protože jsi mi nezavola, opravdu tomu věřím.*“ „*Jsi do mne zamilovaná, protože ses na mě usmála, vím to.*“
- teleologický režim: „*Cítím se milován pouze, když jsi mi na blízku*“
- Pseudomentalizace:- externalizace nementalizovaných obsahů (intrusivní, hyperaktivní, destruktivní)

Snažíme se zhodnotit do jaké míry je mentalizační postižení propojené s epistemickou důvěrou a salutogenezí, a do jaké míry vede k potížím v sociální komunikaci a neschopnosti kalibrovat svou mysl ve vztahu k druhým. Znamky takové kalibrace během sezení a opravdového zájmu o mysl terapeuta by měly být hodnoceny jako pozitivní indikátory prognózy a odpovědi na terapii.

12. Ideální a narušená mentalizace

Ideální mentalizace:

- bezpečí v mentální exploraci a otevřenost zkoumat, vnitřní svoboda a zájem i ve zkoumání bolestivých vzpomínek a zkušeností
- uvědomování si neprůhlednosti a nejednoznačnosti mentálních stavů
- opravdový zájem o mentální stavy své i druhých
- adaptivní flexibilita v přepínání z automatické na kontrolovanou mentalizaci
- uvědomování si proměnlivosti mentálních stavů
- integrace kognitivních a afektivních vlastností
- dojem realistické předvídatelnosti mentálních stavů svých i druhých
- schopnost regulovat tíseň ve vztahu k druhým
- uvolněný a flexibilní, neulpívá na jediném pohledu na věc
- umí být hravý, s humorem, který zaujme spíše než raní a distancuje
- popisuje svoji zkušenost, spíše než definuje zkušenost a záměry ostatních
- vyjadřuje dojem, že je pánem svého jednání, spíše než že se mu to děje
- zajímá se o perspektivu ostatních lidí, je jim otevřený a očekává, že jeho vlastní pohled nimi bude obohacen
- tolerance nejasnosti a nejednoznačnosti – schopnost vypořádat se s nestrukturovanými situacemi

Silné stránky

- zvědavost
- bezpečná nejistota
- kontemplace a reflexe
- přijímání druhé perspektivy
- odpouštění ostatním
- povědomí o vlivu mentálních obsahů na okolí
- neparanoidní postoj

Vnímání své vlastní funkčnosti

- vývojová perspektiva
- realistický skepticismus
- povědomí o vnitřním konfliktu
- sebe-zkoumající postoj
- povědomí o dopadu afektu
- povědomí o nevědomí
- víra ve změnu

Sebe-reprezentace

- bohatý vnitřní život
- autobiografická kontinuita
- pokročilé vysvětlující a naslouchací schopnosti

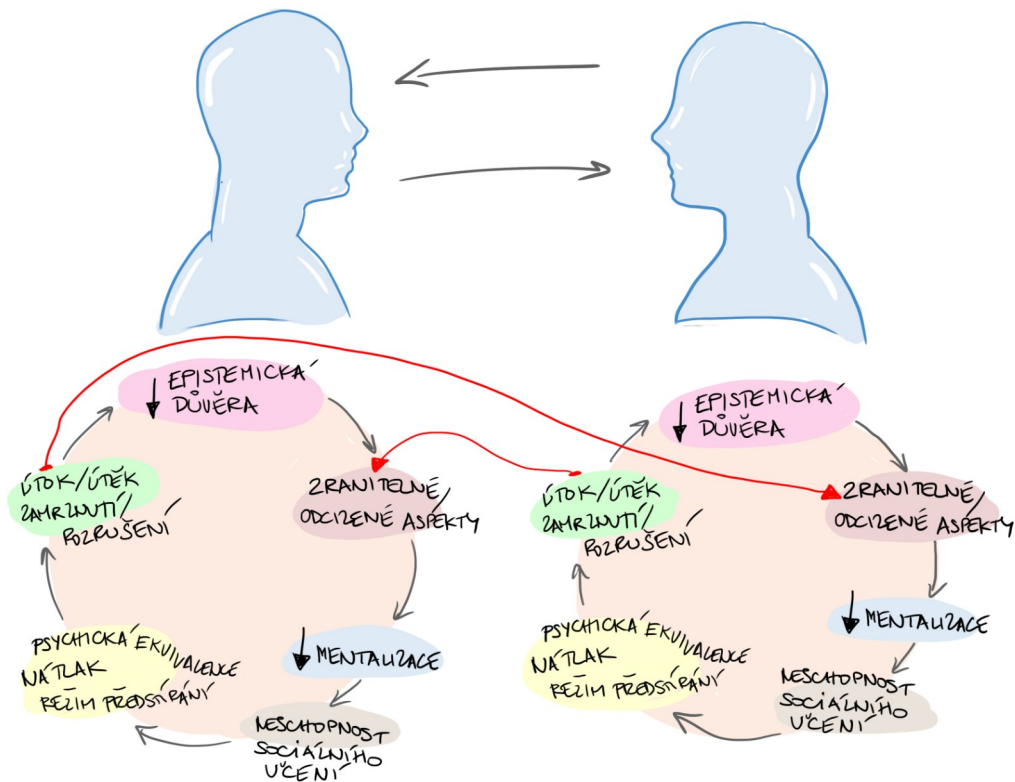
Obecné hodnoty a postoje

- váhavost
- pokora (střídmost)
- hravost a humor
- flexibilita
- dávat a brát
- odpovědnost a spolehlivost

Narušená mentalizace

- dominance nereflektujících, naivních, pokřivených či automatických domněnek
- nepodložená jistota v mentálních stavech sebe i druhých lidí
- rigidní lpění na vlastní perspektivě nebo přehnaná flexibilita ve změně perspektiv
- přehnané zaměření na externí nebo interní vlastnosti sebe a druhého, nebo úplné opomíjení obou
- neschopnost vzít do úvahy svou perspektivu zároveň s perspektivou druhého
- důraz na buď kognitivní nebo afektivní aspekty mentalizace (přílišná analytičnost nebo zaplavenost mentálními stavy svými a druhých)
- přehnaně řídká nebo příliš detailní mentalizace
- přílišné zaměření na externí faktory: vláda, škola, kolegové, sousedi
- zaměření na „prázdné“, čistě behaviorální osobnostní popisy (např. „unavený“, „líný“) nebo diagnózy
- absence zájmu o mentální stavy nebo defenzivní pokusy o to se vyhnout mentalizaci agresí či manipulací, používáním popření, změny tématu nebo jinou formu nespolupráce („nevím“)

ZAČAROVANÉ KRUHY NEMENTALIZUJÍCÍCH PÁRŮ



13. Terapie založená na mentalizaci – obecné zásady

Wittgenstein o učení přesné interpretace emocí: „*Expertní posouzení autentičnosti projevů a pocitů je problematické. I mezi experty to někteří umí lépe a někteří hůře. Přesnější posouzení většinou vyplývá z lepšího poznání lidství. Může se tomu poznání člověk naučit? Ano, někteří mohou, ne však tím, že absolvují kurz, nýbrž prostřednictvím „zkušenosti“. Může být někdo jiný v tomto učitelem? Zajisté, občas vám může někdo dát správný tip. Takové je učení a poznávání v této oblasti. Co člověk nabývá není technika, ale učí se správnému posuzování. Existují pravidla, avšak na rozdíl od počtářských pravidel nevytváří systém, a pouze zkušenosti je mohou aplikovat správně.*“

Mentalizační terapie se zaměřuje spíše na obecný přístup k terapii než na její techniky. Jde spíše o přerámování již známých intervencí a doplnění již existujícího terapeutického přístupu mentalizačním postojem, a, pokud je to žádoucí, o redukci nementalizačních intervecí.

Pokud provozujete terapii, už mentalizaci většinu času děláte! Proces mentalizace je klíčový pro efektivní psychoterapeutickou práci.

Zaujímání mentalizačního postoje:

- aktivně zvědavý, zívavý postoj, otevřenost mysli
- důraz na nejistotu a pluralitu perspektiv aktivních v lidské interakci, orientace na generování alternativních pohledů
- nevědění a zájem o lepší porozumění druhému
- soustavné zaměření na mysl pacienta
- adaptace intervencí pacientově kapacitě mentalizovat
- snaha zastavit se u nedorozumění a přetočit ho zpátky
- odhalování vlastních postojů a mentálních obsahů v běžném jazyku s cílem demonstrace fungující mentalizace
- speciální důraz na porozumění vysoce intenzivních emocí, zejména v kontextu psychoterapeutického vztahu

Cíle terapie:

- podněcovat mentalizaci u sebe
- podněcovat mentalizaci ostatních
- podněcovat mentalizaci ve vztazích

pomocí:

- identifikování a práce v rámci pacientovy mentalizační kapacity
- zaměření na své mentální stavy a na mentální stavy pacienta
- prezentování těchto vnitřních stavů pacientovi
- udržení soustředění na mentalizaci i v rámci soustavných emočních výzev, které pacient přináší

Charakteristiky intervencí, které podporují mentalizaci:

- udržování zvědavého nevědoucího postoje

- poskytování bezpečné základny, která usnadňuje zkoumání mentálních stavů svých a druhého
- podporování takového emočního zaujetí u pacienta, které není ani příliš horké, ani příliš chladné
- zapojení do zrcadlicího procesu, ve kterém terapeut reflektuje zřetelné emoční reakce a prezentuje mentální stav zpátky pacientovi
- validování pacientovy zkušenosti předtím, než nabídneme jiné perspektivy
- nabízení intervencí, které jsou jednoduché a hodí se dané situaci
- udržování rovnováhy mezi zkoumáním vlastního mentálního stavu a mentálního stavu druhých
- zapojení pacienta do nahlížení interakcí a sebe-zažívání z více perspektiv
- uznání, když nevíte co říct nebo udělat, a narukování pacienta do popohnání procesu
- práce s přenosem s cílem pomoci pacientovi pochopit jak jeho mysl funguje tady a teď
- vyvracení pacientových nepodložených předpokladů o vašem postoji, pocitech nebo přesvědčeních
- záměrné sebeodhalení ve vztahu k interakcím s pacientem
- sdělování, co si myslíte, s cílem umožnit opravu pokřivené mentalizace
- uznání vašich vlastních mentalizačních selhání a snaha o porozumění nedorozuměním
- uznání chyb a aktivní zkoumání čím jste přispěli k pacientově nepříznivé reakci

Charakteristiky intervencí, které podkopávají mentalizaci:

- snaha být chytrý, oslnivý, bystrý
- nabízení komplikovaných, dlouhých intervencí/interpretací
- zapojování se do zdlouhavých rozhovorů v režimu předstírání („psychobabble“, „hovadiny“)
- připisování mentálních stavů pacientovi na základě domněnek
- předkládání představ o pacientovi s naprostou jistotou
- přehnané zaměřování se na strukturu vztahů a jejich obsah oproti vztahovým procesům
- připsání pacientovy zkušenosti ve vztahu k obecnému vzorci namísto detailního zkoumání zkušenosti a jejího podkladu
- používání přenosu k zkoumání nevědomého opakování minulého chování
- umožňování dlouhého ticha
- podporování volných asociací a vytváření fantazií o terapeutovi
- reagování na pacienta s intenzivní nepopsanou emocí

V terapii zaměřené na mentalizaci vytváří terapeut „bezpečnou základnu“ pro podporu zdravé mentalizace a emoční regulace, což je nakonec základem pro většinu terapeutických směrů. Jedná se o autentickou validaci pacientova postoje a zajištění toho, aby se pacient cítil tak, že jeho prožívání je bráno vážně, že je skutečné a legitimní. Terapeut dále sleduje úroveň mentalizace, emočního vzrušení a míru připoutání, a jak se během sezení mění. Cílem je stimulovat právě tolik emoční odezvy, aby bylo možné prozkoumat nové perspektivy a najít

smysl, ale ne natolik, aby mentalizace selhala z nadměrného emočního vyrušení. Největší změna se děje kontinuálním propracováním perspektiv a porozumění sobě a ostatním v kontextu vztahového připoutání, tzn. pokud jsou stimulovány vztahové potřeby.

Výzvou je zde vytvoření a udržení stálého reflektujícího nastavení, udržení sebe a pacienta v mentalizačním režimu a zajišťování, aby byly emoční stavy aktivní a smysluplné.

Nejlepší způsob, jak stimulovat mentalizaci u pacienta, je **sám to dělat**. Přemýšlení nahlas o svém vnitřním stavu v terapii postupně ovlivní pacienta procesem *identifikace*, časem si pacient zvnitřní schopnost používání mysli, nebo také např. potěšení ze změny názoru, pokud je konfrontován s alternativním pohledem a lepším porozuměním.

Nevědoucí postoj neznamena, že nemáme žádné vědomosti, ale že nemáme možnost vědět, co se děje uvnitř pacientovy mysli lépe, než pacient sám, a pravděpodobně víme mnohem, mnohem méně. Uvědomujeme si, že **mentální stavy nejsou transparentní**. Udržení nevědoucího postoje je náročnější, než se jeví, i když ze zkušenosti netrvá dlouho, než terapeut ztratí jistotou v tom, co se pacient snaží sdělit. K udržení tohoto postoje je nutné být **aktivním, tázajícím terapeutem**, který vyjadřuje zájem a zvědavost. To pacienta odradí od přehnaného volného asociování a zaměří na detailní zkoumání mezilidských procesů a jak se vztahují k mentálním stavům.

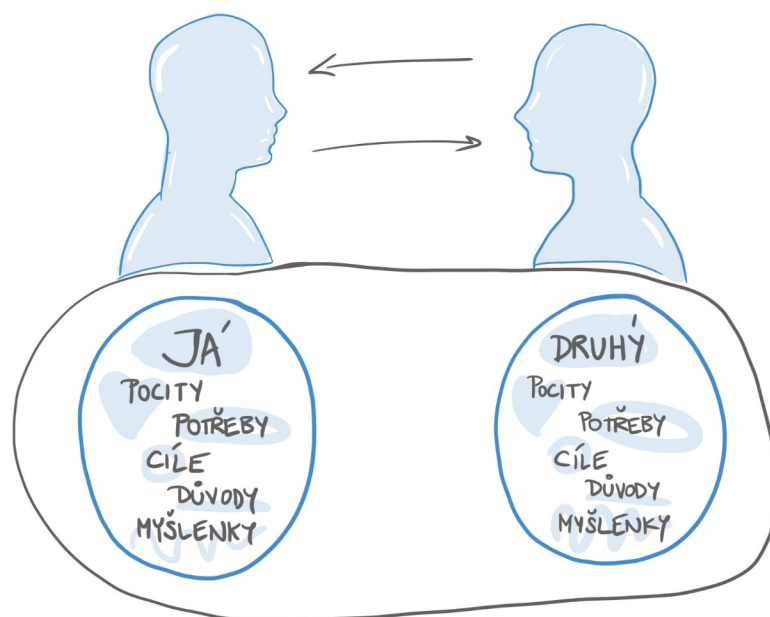
Je doporučováno vyhnout se umožňování dlouhých volných asociací – je to technika, která podněcuje imaginaci bez ukotvení v realitě a může vést k pokřivené mentalizaci nebo dezorganizaci u pacienta i terapeuta. Nelze udržet dlouhodobou pozornost na hledání smyslu v pacientových asociacích, a mlčení terapeuta spolu se snahou rozklíčovat asociace aby mohl poskytnout vhled odvádí pacienta a terapeuta od interaktivního procesu mentalizace tady a teď.

Rovněž není žádoucí podporovat aktivní fantazie o terapeutovi. **Cílem mentalizace není rozvinutí vhledu do nevědomých mentálních procesů**. Prosazováním mentalizace v kontextu vazbových vztahů je cíleno na podvědomé a vědomé aspekty mentálního fungování. Fantazie je většinou oddělená od reality a má tendenci evokovat režim předstírání nebo psychické ekvivalence.

Identifikování vztahových vzorců jako se dělá například v schematerapii může potenciálně snížit rozvoj pacientovy zvědavosti a schopnosti hledat své vlastní porozumění. Mentalizační terapie se nezabývá strukturou a charakterem vztahů, zaměřuje se spíše na pacientovu **kapacitu o vztazích přemýšlet**: rozvíjení mentálních zdrojů k identifikaci a zvládnutí problematických opakujících se vzorců. Proces odhalování obsahu vztahových konfliktů je důležitější než samotný obsah.

Na prohloubení porozumění sobě a druhým v nepřehledných mezilidských situacích, můžeme používat mentalizační model skládající se z 5 druhů vnitřních obsahů: **pocity, potřeby, cíle, důvody, myšlenky**. Ptáme se např.: „Jak jste se v té situaci cítil?“, „A co vaše žena?“, „Co byste od něj potřebovala?“, „Co myslíte, že v tu chvíli od vás potřeboval?“, „Co si myslíte, že svým chováním sleduje?“, „Čeho jste chtěla dosáhnout?“ atd.

Mentalizační model



Pacienti často předpokládají, že ví, co si myslí nebo cítí terapeut. V této situaci terapeut dá jasně najevo, že si není vědomý takových myšlenek nebo pocitů a prozkoumává jak k tomu pacient přišel. Rovněž se ale věnuje prozkoumání sebe, jestli takové myšlenky/pocity nebyly za určitých okolností přítomné a pokud ano, pak je možné pacientovo přesvědčení validovat.

Např.: „Nebyl jsem si před chvílí vědom, že pociťuji vztek, ale nyní, když nad tím uvažuji, tak si vzpomínám, že jsem cítil mírnou frustraci kvůli tomu, že jste si nepamatoval o čem jsme mluvili v minulém sezení. Možná to bylo to, co jste zachytil.“ Takováto intervence podněcuje mentalizaci včetně demonstrace faktu, že terapeut rovněž zcela nezná svoji vlastní mysl, avšak je ochoten ji zvědavě prozkoumávat. Soudné a taktní odhalení o tom, co si terapeut myslí a cítí, je esenciální k podnícení mentalizace.

CAVE! Musí být jasně označené, že se jedná o **zkoumání terapeutova aktuálního stavu mysli** (myšlenek/emocí/postojů), a ne o ozřejmění neuvědomovaných pocitů pacienta. Je to popis jak reaguje na aktuální situaci mysl terapeuta.

Pokud terapeut má jiný pohled než pacient, měl by mu ho ozřejmit a zkoumat ho ve vztahu k pacientovu pohledu. „Řekněte mi více o tom, co vás přivedlo k přesvědčení, že jste reagoval spíše přehnaně než adekvátně na to, co jste popsal jako nevlídné přijetí na recepci.“

Mentalizace je stimulovaná potentněji, když pacient a terapeut něco společně zažívají a mají možnost se na to spolu podívat: stanovit, co nás vedlo k rozdílným pohledům, zhodnotit obě perspektivy a přijmout, že rozdílné pohledy jsou možné.

Přizpůsobení intervencí mentalizační kapacitě pacienta

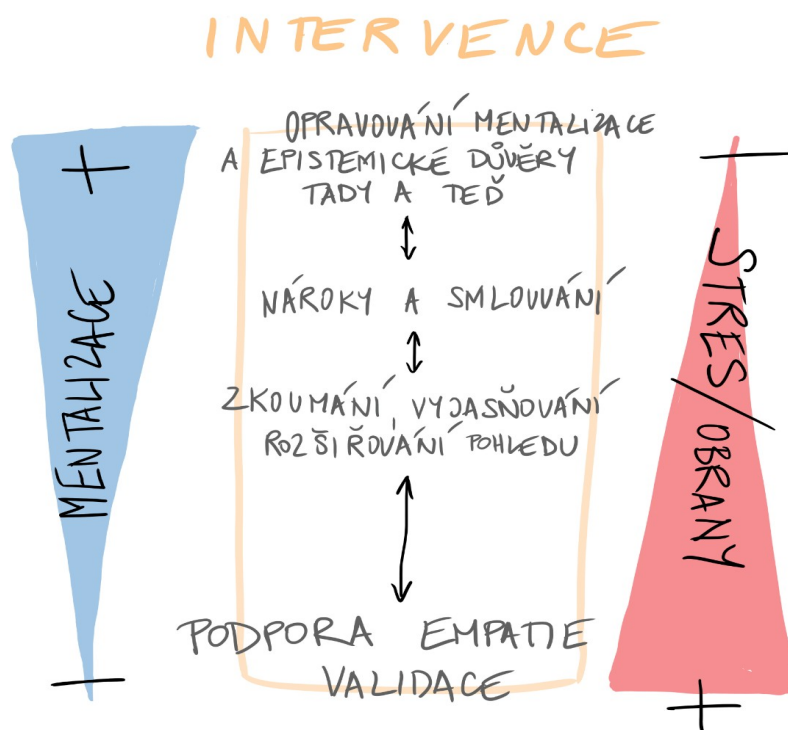
Kapacita mentalizovat kolísá v průběhu sezení i mezi sezeními. Ovlivňuje ji zejména **hladina emočního nabuzení** a **míra bezpečí připoutání** ve vztahu. Čím je tato kapacita nižší, tím musí být intervence méně náročné. Je nutné mít na zřeteli míru emočního nabuzení a zvláště si všímat, pokud se pacient cítí ohrožen – například když terapeuta vnímá jako nechápavého či hostilního.

Když je kapacita pro mentalizaci **omezená**, používáme **podpůrné intervence** (empatické naslouchání, reflexe a označování emocí, vyjádření porozumění pacientova pohledu, validace, explorační mentálních stavů pacienta).

Když je kapacita **stabilizovaná**, používáme **náročnější intervence** (mířící na umožnění změny perspektiv), ale stejně by neměly získat nutčí charakter – nabízíme naše mentální stavy ke zvážení: „jeví se mi, že...“, „jsem zvědavý, jestli...“, „připadá mi, že...“, „když jste to řekl, začal jsem se domnívat, že...“, „když jste to nadhodil, měj jsem pocit...“

CAVE: Pokud pacient funguje **v režimu psychické ekvivalence**, nejsou možné alternativní perspektivy. V tomto módu je zbytečné pacienta konfrontovat nebo se bránit.

Intervence související s prací s přenosem vyžadují vysokou zdatnost mentalizace jak pacienta, tak terapeuta.



Mentalizace přenosu

- zkoumání současného vztahu mezi terapeutem a pacientem
- validace pacientovy zkušenosti interakce s terapeutem
- **akceptujeme a zkoumáme odehrávání včetně toho, čím k němu přispěl terapeut a terapeutovo zkreslení**
- vnášení alternativní perspektivy
- spolupráce na cestě k vzájemnému porozumění
- monitorace a zkoumání pacientových reakcí

S přenosem se pracuje primárně s cílem **objasnit fungování pacienta ve vztahu k terapeutovi** a zachovat mentalizaci v kontextu zkoumání terapeutického vztahu. Důraz je kladen na jasnou komunikaci, pozornost je zaměřena primárně na obsah, na propojování chování pacienta s hypotetickým modelem jeho mysli, udržuje se interpersonální zaměření a až druhotně se přechází od objasňování k interpretacím a k rekonstrukcím primárních vztahů.

Interpretace mají potenciál prohloubit mentalizaci u lidí, kteří jsou schopní udržet mentalizační režim a pohled na různé perspektivy v **průběhu silných afektů**. Pozornost pacienta se zaměřuje na zkreslené vnímání aktuální interakce a to se zasazuje do kontextu předchozích vztahů.

Žádoucím výsledkem je **oddělování současnosti a minulosti**. S tím mají ale značný problém lidi, kteří v minulosti zažili trauma, a mají rovněž tendenci operovat v režimu psychické ekvivalence, takže **nastolení mentalizace je u nich prioritou**. U lidí limitovanou mentalizační kapacitou je nejzákladnější soustředit se na aktuální vztah tady a teď. Terapeutický vztah je příležitostí prozkoumat interpersonální domněnky a vyjasnit si je.

Identifikace režimu předstírání a intervence

V rámci terapeutické práce můžeme poznat, že pacient je v režimu předstírání, když se nám zdá, že jednoduše vypráví „**hovadiny**“. Je to způsob vyprávění, kdy člověk není příliš znepokojen realitou. Nejedná se však o lhaní. Lhaní vyžaduje značnou kapacitu mentalizace, protože se nás při něm člověk snaží aktivně odvést od zjištění skutečnosti a musí si proto být vědom toho, co už víme, aby tomu mohl přizpůsobit svou lež. V režimu předstírání člověk nemá zájem ani o pravdu, ani o to jí zakrýt. Motiv tohoto vyprávění není zaměřen na to, jak věci, o kterých vypráví, ve skutečnosti jsou.

Vyprávění hovadin se nadá vyhnout, pokud člověka okolnosti nutí hovořit bez toho, aby věděl, o čem mluví. Jako terapeuti jsme v riziku tohoto módu, pokud se nás pacienti ptají otázky typu „*Jak dlouho bude trvat až se z toho dostanu?*“, „*Měl bych se rozvést?*“, „*Měl bych se vzdát pokusů o udobření s mámou?*“, „*Co znamenají tyto obrazy, které se mi v mysli často objevují?*“ Tváří v tvář zoufalému pocitu pacientů, že musí dostat odpovědi, je těžké se vyhnout režimu předstírání.

Vyprávění má kvalitu „*jakoby*“, mohou sem patřit intelektualizace, racionalizace, a používání psychologického žargonu. Terapeut má pocit, že není s pacientem v místnosti, těžko hledá cestu jak se na pacienta smysluplně naladit a subjektivně neprožívá osobní interakci. Ztrácí se v tom, co pacient říká.

V tomto režimu, pokud se stane charakteristický pro terapii, není prostor na změnu a je žádoucí, aby tento režim terapeut aktivně přerušil vhodnou intervencí:

- nezapojujeme se s pacientem do tohoto režimu vedení konverzace – zapustí se do charakteru sezení a těžko se z toho bruslí ven
- odvedeme pozornost od obsahu plného generalizací a zaměřujeme se na bezprostřední proces tady a teď: „*Myslím, že pokud budete nyní pokračovat, už vás nebudu stíhat sledovat. Můžeme se soustředit na to, jak se v tuto chvíli cítíte?*“
- aktivace dimenze já–druhý, zaměření pacienta na jinou mysl: „*Když se vás něco zeptám, vypadá to, že odbíháte od tématu a neodpovídáte na dotaz. Myslíte, že by to mohla být pravda, nebo jsem příliš citlivý?*“
- explicitní popis toho, co se děje: „*V tuto chvíli se neumím ubránit myšlenkám, že mluvíte spíše se sebou, než se mnou.*“
- vnesení výzvy nebo jiné techniky: „*Zkusme to ještě jinak. Napište mi na papír ve 3 slovech co jste se mi pokoušel sdělit (můžou být hlavní hodnoty nebo něco podobného...). Já také napíšu slova, které si myslím, že popisují co jste mi chtěl sdělit. Pak uvidíme, jestli tomu rozumíme stejně.*“

Tipy pro terapii zaměřenou na mentalizaci:

- **dávejte pozor na určitá slova: „prostě“, „jenom“, „očividně“, „jasně“, „zkrátka“**

Jsou to indikátory toho, že se vzdalujeme od mentalizace. Málo věcí v mentálním světě je očividných a téměř žádný mentální stav není jasně nebo pouze něco.

Věty typu „*prostě mě to napadlo*“, „*prostě to hod' za hlavu*“, „*prostě řekni drogám ne*“, „*zkrátka na sebe nemůžu být tak přísný*“, „*potřebuji se jenom uvolnit*“ většinou znamenají, že je klient v popření své aktuální neschopnosti danou věc provést. Tyto slova mentalizaci uzavírají.

Na straně terapeuta: „*zdá se mi, že co si skutečně myslíte je...*“, „*co jste chtěl říct je...*“ – snaha poradit pacientovi je přirozená, ale pokud převezmeme otěže pacientovy mysli, nestimulujeme jeho schopnost mentalizovat, spíše ji redukuje.

- **Buďte spíše aktivní, než pasivní**

Aktivně testujte domněnky kladením otázek, prozkoumáním a reagováním. Aktivně konfrontujte nementalizační dialog a výplně terapie plynoucí z vyhýbavých tendencí. Je zejména produktivní konfrontovat pacientovy chybné předpoklady o vás, protože jste přítomen v místnosti a můžete poskytnout svůj pohled na věc. Dlouhé ticho eskaluje úzkost a evokuje fantazírování.

- **Dělejte protichůdné manévry**

Pokud je pacient příliš introspektivní, vyzvěte ho, aby zvážil jinou mysl: „*Jaké to asi bylo pro něj?*“ A pokud odpoví neví, a my usuzujeme, že je to vhodná intervence: „*Mějte se mnou chvíli strpení, zajímalo mne, jak jste si vysvětlila, co se dělo s ním, když ho to přivedlo k takové reakci.*“

Pacienti, kteří jsou zaujatí porozuměním ostatních, mohou potřebovat popostrčit, aby reflektovali svůj stav: „*Jak jste se u toho cítil?*“, „*Jak vy rozumíte své reakci?*“

- **Budte obyčejní a používejte zdravý rozum**

Co byste řekli kamarádovi, který by za vámi přišel s problémem? To neznamená chovat se jak chci a říkat si co chci. Otevřeně pracujte na vašem stavu mysli v terapii způsobem, který dosahuje společný záměr, tedy udržování mentalizace. K tomu je často potřeba mluvit i z vlastní perspektivy, ne jenom z pochopení zkušenosti pacienta.

Terapeuti, kteří praktikují mentalizaci, častěji používají slovo „já“. *„Kdyby se mi to stalo, taky by mi to bylo líto“, „To by mne potěšilo“.*

Co dělat, když nevím, co říct a jak reagovat? Co bych udělal v situaci mimo terapii?

Pokud Vás pacient vyzve, abyste *něco dělali* a vy nevíte jak reagovat: *„Nejsem si jistý co na to říct, možná tomu dost nerozumím. Mohl byste mi s tím trochu více pomoci?“*

Pokud pacient vyžaduje, abyste sdělil, jak se cítíte, zkuste najít taktní způsob, jak mu to sdělit způsobem který pro něj bude užitečný.

Pacient: „Jste na mne naštvaný, že jo?“

Terapeut: „Řekl bych, že jsem spíše frustrovaný než naštvaný, částečně je to proto, že mám dojem, že se nikam touto diskuzí neposouváme, a mám obavy, že nebudeme mít dost času to dát do pořádku před koncem sezení.“

- **Deeskalujte afekt „mentalizační rukou“**

Pokud je pacient uprostřed afektivní bouře, nebo narazíte v terapii na jinou nekontrolovanou situaci, měli byste předpokládat, že jste situaci nevědomky způsobili vy, dokud se neprokáže, že je to jinak. Hned jak si uvědomíte problém ve vaší interakci s pacientem, takový, který pravděpodobně vyústí v zaplavení emocemi, paranoidní stav nebo jednoduše tím, že pacient odejde, referujte to k sobě (to je v této situaci často pro terapeuta neintuitivní postup). *„Co jsem právě řekla nebo naznačila, co se vás mohlo dotknout?“ „Co jsem udělal, že vás to takto rozčílilo? Řekněte mi to, abych pochopil, co jsem udělal.“*

Tuto verbální intervenci můžete kombinovat s mírným zvednutím ruky, odhalením dlaně – je to jemný manévr, který používá policie k naznačení, že by bylo rozumné přestat s čímkoliv, co člověk dělá. Toto gesto bývá velmi efektivní, a pokud je spojeno s poznámkou o vaší roli v tom, co se děje, může být většina eskalačních krizí deeskalována.

Poté je možné zkoumat čím jste přispěli k problému abyste pochopili pacientův pohled. Pak validujete pacientovu zkušenost, pracujete na pochopení vaší role v problému, pracujete na vztahu, pracujete na pochopení problému pacientem a pouze potom a později zvažujete, jestli vás pacient viděl nebo interpretoval pokřiveně a zda zrovna to přispělo k emoční krizi. Jakmile proběhnou tyto kroky, je možné vytvořit alternativní perspektivu v rámci přenosu.